

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

1. В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого) следующему оператору: **Акционерное общество "Самарский диагностический центр"** (далее - Оператор).
2. Я даю согласие Оператору на обработку следующих категорий персональных данных:
Общедоступные: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; день рождения; место рождения; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; адрес электронной почты; данные документа, удостоверяющего личность; ИНН; СНИЛС - обработка осуществляется в целях исполнения условий договоров по обслуживанию клиентов; в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения статистического анализа; в целях получения информации об услугах Оператора в виде sms-сообщений, сообщений в мессенджерах, поддержания связи со мной, отправки данных по номеру телефона, адресу электронной почты.
Специальные: сведения о состоянии здоровья, номер полиса ОМС и ДМС; электронные листки нетрудоспособности - обработка осуществляется в медико-профилактических целях; в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг.
3. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.
4. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.
5. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.
6. Я даю свое согласие, на информирование Оператором о дате и времени приемов, новостях и предложениях, с помощью телефонных звонков, смс сообщений и электронной почты сотрудниками Оператора, в том числе с помощью автоматизированных средств оповещения, на передачу обезличенных копий медицинской документации по следующим каналам связи:

Мобильный телефон и мессенджер: _____

Электронная почта: _____

Подпись субъекта персональных данных

_____ / _____ Дата «__» _____ 20__ г.