

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) , дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ - _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)
проживающего по адресу: _____

(заполняется 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), 443093, Россия, Самарская область, г. Самара, ул. Мяги, д. 7 "А"; ОГРН – 1026300523237; Идентификационный номер налогоплательщика: 6311011743; сайт <https://samaradc.ru>.

2. Я даю согласие Оператору на обработку следующих категорий персональных данных:

2.1.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.

2.2.*Общедоступные: фамилия, имя, отчество; номер телефона; адрес электронной почты - обработка осуществляется 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; в целях информирования Оператором о дате и времени приемов, новостях и предложениях, с помощью телефонных звонков, sms сообщений и электронной почты сотрудниками Оператора, в том числе с помощью автоматизированных средств оповещения;

2.3. 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, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования, ведения учета и систематизации оказанных услуг.

2.4.*Специальные: сведения о состоянии здоровья - обработка осуществляется в целях получения результатов медицинских анализов, обследований по электронной почте.

3. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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 обработку моих персональных данных в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения заявления об отзыве, за исключением случаев, когда дальнейшая обработка необходима для выполнения обязательств по договору оказания медицинских услуг или требуется законом.

Подпись субъекта персональных данных

В _____ / _____

Я Согласен получать информацию для целей, указанных в пункте 2.2, через указанные каналы связи:

В подпись _____ почта: _____ телефон: _____

Я согласен на получение результатов анализов и обследований по электронной почте по адресу:

В подпись _____ адрес электронной почты: _____

Дата « » г.