

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(в соответствии со ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных»)

Я, {{ Пациент.ФИО }}, паспорт серия {{ Пациент.Серия }} номер {{ Пациент.Номер }} выдан {{ Пациент.Кем выдан }} {{ Пациент.Дата выдачи }}, зарегистрированный(ая) по адресу {{ Пациент.Адрес }}, в дальнейшем именуемый «Пациент» (его законный представитель), свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие ООО «Центр репродуктивного здоровья» (ИНН 5321150462, ОГРН 1115321006954, 173020, г. Великий Новгород, ул. Рахманинова, д.10), именуемому в дальнейшем «Клиника» на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем Согласии, как с использованием средств автоматизации, так и без их использования, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия; имя; отчество; пол; дата; гражданство; паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения); СНИЛС, ИНН, адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, сведения о близких родственниках (при необходимости), место работы, номер и серия полиса ДМС (при наличии), сведения о приобретенных товарах и оказанных услугах, данные о состоянии здоровья, анамнез, диагнозы, результаты обследований, назначения, заключения врачей, иная медицинская информация, данные медицинской документации (в том числе электронной). Клиника обрабатывает мои данные в целях: заключения и исполнения договора на предоставление платных медицинских услуг, оказания медицинской помощи, включая диагностику, лечение, профилактику, ведение медицинской документации (в том числе в электронной форме); взаимодействия со страховыми медицинскими организациями в рамках договоров ДМС (при наличии); передачи сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в порядке, установленном законодательством; предоставления установленной законодательством отчетности в государственные органы (в том числе Росстат, Роспотребнадзор, Минздрав, ФНС, Социальный фонд); обеспечения соблюдения законодательства в области здравоохранения, противодействия терроризму, охраны общественного порядка; информирования меня о медицинских услугах, акциях, специальных предложениях (с правом отказа в любое время); внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; ведения статистического учета и отчетности; осуществления расчетов с пациентами и контроля оплаты услуг. Клиника вправе передавать мои персональные данные третьим лицам только в следующих случаях и в минимально необходимом объеме:

- для исполнения обязательств по договору - лицам, участвующим в оказании медицинских услуг (врачам-специалистам, медицинскому персоналу, лабораториям, диагностическим центрам), с обязательством сохранения врачебной тайны;
- в страховые медицинские организации - для расчетов по договорам ДМС;
- в ЕГИСЗ - в соответствии с требованиями законодательства;
- в государственные органы - при наличии законных оснований (запросы суда, прокуратуры, следствия);
- с моего отдельного письменного разрешения - в иных случаях. Настоящим я подтверждаю, что любая передача моих персональных данных осуществляется только в указанных выше целях и с соблюдением законодательства о персональных данных и врачебной тайне.

Настоящим даю согласие на отправку мне от Клиники документов и сведений, содержащих мои персональные данные по электронной почте: {{ Пациент.Email }}. Я проинформирован(а), что электронная почта является каналом связи, не гарантирующим абсолютную конфиденциальность; существует риск перехвата, несанкционированного доступа и иных рисков, связанных с использованием открытых каналов связи. Выбор электронной почты в качестве средства пересылки моих персональных данных сделан мною добровольно, и я осознаю все сопутствующие риски. Я имею право в любое время отказаться от получения информации по электронной почте и получать все медицинские документы на бумажном носителе.

Я даю согласие на передачу моих персональных данных (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну) в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в соответствии с требованиями действующего законодательства (в том числе ст. 91.1 Федерального закона № 323-ФЗ).

Я даю согласие на ведение моей медицинской карты в форме электронного документа в соответствии с порядком, установленным законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано добровольно и действует со дня его подписания до достижения цели обработки данных, либо на срок хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет), либо до дня отзыва. Данное согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в любой момент на основании моего письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия Клиника обязана прекратить обработку моих персональных данных, за исключением: данных, необходимых для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне медицинских услуг; данных, подлежащих обязательному хранению в медицинской документации в течение сроков, установленных законодательством (в том числе 25 лет).

Я проинформирован(а), что отзыв согласия не прекращает хранение медицинской документации, содержащей мои персональные данные, в установленных законодательством сроках.

Согласие получено и подписано мной лично, в дееспособном состоянии, без принуждения, в присутствии представителя Клиники.

С условиями и рисками ознакомлен(а), согласен(на): _____

(подпись, Ф.И.О. гражданина/его законного представителя)

{{ Документ.Дата }}