

Сведения о Пациенте или его законном представителе с указанием данных Пациента:

ФИО (полностью): _____

Дата рождения: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа адрес по месту постоянной регистрации: _____

Телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

1. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Общества с ограниченной ответственностью «Виктория – Инком – Коммерц», ОГРН 1105043000138, место нахождения: Россия, 142253, Московская область, Серпуховский район, поселок Большевик, ул, Ленина 10А (далее - «Оператор», «Медицинский центр», «МЦ») моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее - «Персональные данные»). Предоставляю Оператору право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и/или анализов. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои Персональные Данные посредством внесения их в электронную базу данных. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора и третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТУПА К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ ПАЦИЕНТА

1. Уполномочить третье лицо выступать моим представителем в МЦ: **ДА** **НЕТ**

Пациент вправе уполномочить кого-либо получать у Оператора конфиденциальную информацию в отношении себя, ставшую известной Оператору в ходе оказания Пациенту медицинских услуг, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну. Указанная конфиденциальная информация может быть предоставлена вышеуказанному лицу при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность. Пациент обязан уведомить представителя о передаче его персональных данных Оператору. Оператор прекращает обработку персональных данных представителя на основании его обращения.

Представитель (заполняется при желании Пациента назначить представителя): _____

!!! ОСТАЕТСЯ ПУСТЫМ, НЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ – текст удалить при загрузке документа

Сведения о Представителе: Ф.И.О. полностью, контактный телефон. Пациент обязан уведомить представителя о предоставлении его персональных данных МЦ сразу после их предоставления.

2. Предоставлять мои персональные данные при указании кодового слова: **ДА НЕТ**
Пациент вправе дать согласие на предоставление Оператором своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, любому лицу при условии соблюдения следующих требований: 1. указанное лицо сообщит МЦ точные следующие персональные данные Пациента: фамилию, имя, отчество, полностью; 2. указанное лицо сообщит МЦ следующее кодовое слово (цифру, сочетание слов, цифр):

В этом случае указанное лицо считается полномочным представителем на получение персональных данных (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну). Вышеуказанные сведения могут быть предоставлены также посредством использования любых видов связи, в том числе, но не исключительно, телефонной и электронной связи. Я осведомлен(а), что несу личную ответственность за сохранность кодового слова.

3. Осуществлять рассылку рекламных предложений МЦ с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах: **ДА НЕТ**

4. Предоставлять доступ Заказчику ко всей необходимой информации в рамках исполнения своих обязательств по договору.

III. ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Я подтверждаю, что проинформирован(а) МЦ о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

(ФИО, подпись Пациента)

(ФИО, подпись уполномоченного представителя МЦ, печать)

" " _____ Г.
(дата)