СОГЛАСИЕ
на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я,_____ проживающий (-ая) по адресу:_____,

паспорт: серия _____номер _____выдан _____« » _____ г.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Бест-Стом" (далее – «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и/или ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о месте работы или учебы, данные о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача указанных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Обрабатывать персональные данные пациентов в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947).

Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача третьим лицам моих персональных данных возможна только в случаях, когда такая передача необходима для надлежащего оказания услуг, при этом обеспечивается конфиденциальность персональной информации.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

- обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
- обработка моих персональных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации;
- обработка моих персональных данных в целях передачи (распространение, предоставление, доступ) их в Систему МедТочка (https://medtochka.ru) для систематизации и хранения моих медицинских заключений, в том объеме, который необходим для реализации указанной цели.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подтверждаю свое согласие на получение сервисных и маркетинговых уведомлений.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных

« » _____20 _____/ Ф.И.О.

(дата) (расшифровка подписи)