

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, [Ф. И. О. пациента], [дата рождения пациента] года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: [адрес пациента], паспорт серия и номер [паспорт пациента], выдан [наименование органа, выдавшего паспорт] [дата выдачи паспорта], в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку ООО «Академия движения», расположенной по адресу: г.Иркутск, ул. Красноярская, 11а, (далее - оператор) моих персональных данных, а именно на - сбор данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты страхового полиса ДМС(ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), фотоизображение, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, применяемых методов лечения, случаях обращения за медицинской помощью — в целях исполнения договора и правил оказания платных медицинских услуг, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования. отправления сервисных и информационных сообщений с помощью СМС, мессенджеров, электронной почты по сети интернет сотрудниками Исполнителя при условии, что обработка данных медицинского характера осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

-право осуществлять все действия с персональными данными: включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

- обработку посредством внесения их в электронную автоматизированную и не автоматизированную базу данных (в т.ч. ведения архива), с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а так же вносить их в реестры для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, лабораториями, органами управления здравоохранения, иными организациями во исполнение своих обязательств, осуществлять прием-передачу персональных данных страховой компании, где застрахован Пациент, в налоговую инспекцию по заявлению пациента для получения налогового вычета, в систему ЕГИСЗ во исполнение требований законодательства.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (медицинской карты) в соответствии с действующим законодательством.

Передача персональных данных иным лицам или иное разглашение могут осуществляться только с письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных законодательством РФ. Настоящее согласие дано бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом или лично вручен 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.

Субъект персональных данных [Ф. И. О. пациента] _____ 

Согласие принял _ Ответственное лицо по доверенности №3 от 21.03.2022г.

[Ф. И. О. администратора] _____ подпись

Дата приема персональных данных _____