

АО "Медицинские технологии"

ОГРН:1086672000744,

лицензия №: Л041-01021-66/00369460 от 13.12.19

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ «__» _____

года рождения, паспорт гражданина РФ серия: ____ № _____, выдан

_____ зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ ,
в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. N152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю и даю свое согласие на обработку Акционерным обществом АО "Медицинские технологии"(далее-Клиника) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, серию и номер паспорта, иные паспортные данные, адрес места жительства и регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, профессию и место работы, реквизиты полиса ДМС (ОМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, включая сведения, содержащие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и моего лечения. Предоставляю Клинике право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по ОМС (договором ДМС). Клиника имеет право, во исполнение своих обязательств по договору ДМС (по работе в системе ОМС), на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Разрешение на передачу информации о состоянии здоровья(заболевании).

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации, я,

_____ разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагноз и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах

медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) только следующим лицам:

1) _____

2) _____

3) _____

Ф.И.О. лиц(а) уполномоченного(ых) получать информацию

(подпись пациента или законного представителя)

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, установленных законом.

Настоящее согласие дано мной _____ года и действует в течение неопределенного срока, до предоставления мной письменного заявления об отзыве настоящего согласия. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Прошу информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье, включая результаты лабораторных и инструментальных исследований и заключений врачей-специалистов) направлять мне по адресу электронной почты _____

Разрешаю отправку SMS-оповещения для информирования о готовности выполненных мне лабораторных исследований на указанный телефонный номер _____.

При этом я подтверждаю, что ознакомлен с тем, что электронная почта и телефонная связь не являются каналами связи, обеспечивающими максимальную степень защиты передаваемой по ним информации, и отказываюсь от любых претензий (в том числе, материальных) к Клинике в связи с тем, что в результате использования электронной почты или телефонной связи информация, передаваемая с их помощью, может потенциально стать доступной третьим лицам. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден. Претензий к АО "Медицинские технологии" в области связи и информации не имею

(подпись, фамилия, имя, отчество полностью)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под роспись представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в

течении периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

(подпись, фамилия, имя, отчество полностью)