ООО "Дуэт Клиник"
г. Новосибирск, ул. Владимировская, 25 тел. 8 (383) 209-18-17
Согласие на обработку персональных данных

1. **Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____** в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО "Дуэт Клиник" моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета, контактные телефоны, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказании медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В процессе оказания ООО "Дуэт Клиник" мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО "Дуэт Клиник", в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ООО "Дуэт Клиник" право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО "Дуэт Клиник" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией 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. Также даю свое согласие на предоставление Оператором моих персональных данных третьим лицам: ООО “Колибри” (находится по адресу: г. Екатеринбург, ул. Свердлова, д. 11А) и ИП Шкиря Ивану Александровичу (находится по адресу: г. Среднеуральск, ул. Чкалова 20), с которыми сотрудничает Оператор, для целей, повышения моей осведомленности о продуктах и услугах Оператора; заключения со мной договоров и их исполнения; информирование меня о новостях и предложениях Оператора; идентификации меня на Сайте; обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов в области персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____и действует бессрочно.
(дата оформления)

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО "Дуэт Клиник", по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО "Дуэт Клиник". В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО "Дуэт Клиник" обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____и почтовый адрес_____

Подпись субъекта персональных данных_____

Я _____г.р.
ФИО

настоящим даю свое согласие на передачу моих персональных данных, а именно (результаты анализов, медицинские заключения, справки), через незащищённые каналы связи (интернет) на мою электронную почту: _____

Я осведомлен(на) что это может привести к возникновению и реализации угроз безопасности (нарушению конфиденциальности, целостности, доступности) этих данных.

«___»_____20___г. Подпись _____