

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
имеющий(ая) паспорт гражданина РФ (иное) серия _____ номер _____
выдан _____ г. _____

добровольно даю согласие Индивидуальному предпринимателю Шевцовой Надежде Павловне, ИНН 262674792906, ОГРНИП 3318619600216591 присвоен 25.10.2018, адрес: 347702, РО, Аксайский район, ст. Ольгинская, ул. Верхне-Луговая, д.140, далее — «Оператор», на обработку моих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Место оказания услуг: 344037, Россия, Ростовская областьг. Ростов-на-Дону, ул. 26 Линия, д. 21 б

Сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых может предоставляться доступ неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

официальный сайт: <https://demediovia.com/>

Адрес электронной почты клиники: shevtsova09@bk.ru

Перечень персональных данных, передаваемых Обществу на обработку:

Фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол;

Сведения о месте регистрации, проживания; контактная информация (электронный адрес, номер телефона); место работы (учебы).

Паспортные данные (или данные другого документа, удостоверяющего личность); данные СНИЛС;

Специальные категории персональных данных: информация о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических процедурах, диагнозах, назначенном и проведенном ранее лечении, данных рекомендациях и их выполнении.

Я даю свое согласие на смешанную обработку указанных персональных данных (с применением и без применения средств автоматизации), в том числе передачу такой информации третьим лицам (органам управления здравоохранения, государственным органам надзора и ООО «Мед Рокет», с которой у Оператора заключен лицензионный договор по предоставлению доступа к Системе МедЛок, а именно программы для ЭВМ «Медицинская информационная система MedLock»

Для следующих целей:

- организация записи на приём и оказание медицинских услуг;
- оформление медицинской документации по результатам обследования и лечения;
- направление напоминаний о приёмах и результатах обследований;
- внесение в реестры, базы данных автоматических информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано законами РФ, договорами и иными документами, определяющими взаимодействие Оператора с органами управления здравоохранения и другими государственными надзорными органами, а также сторонними организациями, предоставляющими доступ к услугам Медицинских Информационных Систем.

При условии, что обработка перечисленных данных будет осуществляться с соблюдением требований действующего законодательства и мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать профессиональную тайну.

___Даю согласие на дистанционную передачу запрашиваемых мною сведений о получении диагностических и лечебных услуг в клинике (справки, результаты лабораторных и инструментальных исследований, платежные документы и прочие сведения из медицинской карты) посредством электронной почты и прочих сервисов (SMS-агрегаторы и почтовые сервисы и мессенджеры). При этом я соглашаюсь, что используемые средства передачи информации могут проводить трансграничную передачу данных и использовать незащищенные каналы связи (такие, как МАКС, Telegramm, ВКонтакте, сервисы электронной почты и прочие.)

Для передачи данных прошу использовать мой электронный адрес: _____

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Оставляю за собой право отозвать данное Согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении к Оператору, при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Политикой обработки персональных данных и Политикой конфиденциальности, размещённой на сайте <https://demediovia.com/>, и согласен(а) с её условиями.

Подпись субъекта персональных данных/ _____ / _____ /

« _____ » _____ 20 _____ г.