

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «МайяК» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, а также осуществлять передачу данных в медицинские организации, являющиеся партнерами Исполнителя, страховые медицинские организации, организации - заказчики медицинских услуг в рамках заключенных договоров, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, внесение их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет (для амбулаторно-поликлинических медицинских организаций).
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Согласия и действует бессрочно.

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

Подпись пациента (представителя): _____/_____

Сведения в электронную базу данных внесены медицинским регистратором

(подпись)