

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, проживающий по адресу: _____, Без документа № _____ выданный, дата выдачи: _____, код подразделения: _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» принял решение о предоставлении моих персональных данных и даю свободно, своей волей и в своем интересе свое согласие МЦ "Клиника здоровья" (юридический адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Советская, д. 163 "Б") (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); состояние здоровья; факт обращения за оказанием медицинской услуги; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; результат выполненных медицинских исследований (анализов); серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты медицинской помощи иная предоставленная мной информация необходимая для медицинского обследования и лечения.

Целью обработки персональных данных является оказание Оператором платных медицинских услуг по договору.

Предоставляю Оператору право осуществлять любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне медицинской услуги я предоставляю право передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора.

Оператор имеет право:

- передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора;
- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящим я даю согласие на передачу моих персональных данных, а именно результатов выполненных медицинских исследований (анализов)

Нужный вариант отметить галочкой:

по электронной почте; по факсу _____; лично мне на бумажном носителе;

доверенному лицу на бумажном носителе:

ФИО доверенного лица _____

данные документа, удостоверяющего личность доверенного лица _____

адрес регистрации доверенного лица _____

номер телефона доверенного лица _____

При передаче результатов медицинских исследований (анализов) по открытым каналам связи (номер телефона, электронная почта, факс) Оператор не несет ответственность за нарушение конфиденциальности.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано 22.04.2025 и действует бессрочно.

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

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Закона.

Указанная форма согласия позволяет подтвердить факт получения моего согласия, при этом письменная форма или иные доказательства для дополнительного подтверждения моего свободного волеизъявления Оператору не требуется.

Мое согласие на обработку персональных данных является конкретным, информированным и сознательным

Дата: 22.04.2025. Подпись субъекта персональных данных: / _____ ✓

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Я, г. рождения, проживающий(ая) по адресу: _____, на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" добровольно даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в МЦ "Клиника здоровья".

Сотрудником Исполнителя в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанными с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью).

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Дата: 22.04.2025. Подпись / _____ ✓