

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф. И. О. полностью)
проживающий(ая) по адресу _____
(место жительства)
паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи)

(наименование выдающего органа, код подразделения)

контактный телефон _____

адрес электронной почты _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ЗАО «ИнтерЮНА», место нахождения (адрес): 344058 г. Ростов-на-Дону, пр. Стачки, 148 (г. Ростов-на-Дону ул. Б. Садовая, 115) моих персональных данных, включающих:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
- 12) анамнез;
- 13) диагноз;
- 14) сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
- 15) вид оказанной медицинской помощи;
- 16) условия оказания медицинской помощи;
- 17) сроки оказания медицинской помощи;
- 18) объем оказанной медицинской помощи;
- 19) результат обращения за медицинской помощью;
- 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- 21) сведения об оказанных медицинских услугах;
- 22) примененные стандарты медицинской помощи;
- 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу;
- 24) контактный телефон;
- 25) адрес электронной почты;

в целях оказания мне медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам (уполномоченным представителям) Оператора в целях оказания мне медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) 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. Оператор 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с иными медицинскими организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ.

Настоящее согласие дано _____ 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 предоставления отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

Подпись субъекта персональных данных

/законного представителя/:

(подпись)

(Ф.И.О.)