

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (законного представителя Пациента)

на обработку персональных и биометрических данных

Субъект персональных данных, _____

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу (месту регистрации): _____

паспорт серия _____ номер _____, дата выдачи _____ название
выдавшего органа _____

контактный номер телефона: _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от
представителя субъекта персональных данных) _____

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу (месту регистрации): _____

паспорт серия _____ номер _____, дата выдачи _____ название
выдавшего органа _____

действующий от имени субъекта персональных данных: _____

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Амедеус» Шуваловская клиника (ОГРН 1147746268570, ИНН 7729766678), адрес местонахождения: Российская Федерация, 119192, город Москва, Мичуринский проспект, дом 7 (далее по тексту – Клиника, Оператор) моих персональных данных, _____ (персональных данных представляемого мной) _____ (Ф.И.О.),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, электронную почту, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), СНИЛС, реквизиты полиса ОМС / ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Клиники, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Клиникой мне ((законного представителя Пациента)) консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные Пациента), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники, в страховые медицинские

организации, с которыми у Оператора имеются договорные отношения, ТФОМС, органы Социального фонда РФ, Министерство здравоохранения РФ и другие органы власти РФ, субъектов РФ в интересах моего (законного представителя Пациента) обследования, лечения и внутреннего учета Клиники, а также в ООО «МедКарта» с целью получения возможности подключения и использования информационными сервисами клиники на базе Сервиса «ONDOC». Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных.

Клиника (Оператор) вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 202 ____ г. и действует в течение 25 лет

Я, (законный представитель Пациента), даю согласие на обработку моих биометрических данных (биометрических данных Пациента), включая сбор, хранение, дополнение, изменение, передача, а также осуществление иных действий.

Я, (законный представитель Пациента), оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных и биометрических данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все вопросы я получил (а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Я уполномочиваю ООО «Амедеус» Шуваловская клиника осуществлять рассылку информационных сообщений, включая информацию о времени визита и записи на услуги.

на мобильный номер _____.

СОГЛАСЕН:

СМС



Подпись субъекта персональных данных (законный представитель Пациента)

Расписался в моем присутствии _____

(должность, ФИО)

