



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Я, ПАЦИЕНТ, _____, паспорт: серия
_____ № _____, выдан _____, дата выдачи _____, адрес
регистрации: _____,

являюсь родителем / законным представителем несовершеннолетнего пациента:

ФИО несовершеннолетнего _____

в соответствии со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а также статьями 13 и 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **настоящим, действуя свободно, своей волей и в своём интересе, а также в интересах представляемого лица (при наличии), подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) Оператору ООО «БЕЛЫЙ ДОКТОР», ОГРН 1195027007010, ИНН 5009118687, адрес: РФ, 142003, Московская область, город Домодедово, микрорайон Западный, ул. Лунная дом 29, помещение 4. Лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01162-50/00340751 от 18 февраля 2020 года.**

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ.

В целях информирования о записи, улучшения качества обслуживания, проведения рекламных и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации от Оператора ООО «БЕЛЫЙ ДОКТОР» в виде звонков, голосовых сообщений, смс-сообщений, сообщений в мессенджерах МАХ и Телеграм, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО «БЕЛЫЙ ДОКТОР» и лицам, входящих в ООО «БЕЛЫЙ ДОКТОР», а также по защищенным каналам связи иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора: ООО «НПФ «ХЕЛИКС», 194044. г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский проспект, дом 20, лит. А, ИНН 7802122535; 6) блокирование; 7) уничтожение. Оператор также 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 (документов).

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации и составляет **25 (двадцать пять) лет**. Согласие действует с момента подписания до момента его отзыва.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение информации об обработке своих персональных данных при обращении к Оператору с соответствующим запросом Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Операторы при обработке персональных данных обязаны принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Подпись Пациента/Представитель пациента

_____ / _____

Дата _____

В соответствии с требованиями ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент (представитель пациента) уведомлен, что в целях обеспечения доступа граждан к медицинской документации посредством портала Госуслуг необходимо предоставление СНИЛС. Предоставляя номер СНИЛС, пациент дает согласие на его обработку с целью организации технической возможности передачи медицинской документации в личный кабинет пациента на портале Госуслуги посредством МИС «Клиентикс CRM».

Подпись (согласие на обработку СНИЛС)

_____ / _____

Отказываясь от предоставления номера СНИЛС, пациенту (представителю пациента) разъяснено, что в отсутствие номера СНИЛС у медицинской организации отсутствует техническая возможность организовать передачу медицинской документации посредством МИС «Клиентикс CRM» в ЕГИСЗ, что влечет невозможность обеспечить доступ пациента к медицинской документации посредством портала Госуслуги.

Подпись (об уведомлении об ограничении доступа без СНИЛС)

_____ / _____