



Наименование структурного подразделения АО «Группа компаний «Медси»

Адрес

Телефон

иная информация

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

Я, ПАЦИЕНТ, _____

(Ф.И.О. полностью)

гражданин _____ пол (М/Ж): _____ дата рождения: _____

(страна)

место рождения: _____

паспорт: _____ выдан: _____

(серия и номер)

(когда и кем)

_____ код подразделения: _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

фактически проживающий(ая) по

адресу: _____

(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

контактные телефоны: _____

(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)

Email: _____

или законный представитель пациента:

Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА, _____

(Ф.И.О. полностью)

дата рождения: _____ место рождения: _____

паспорт: _____ выдан: _____

(серия и номер)

(когда и кем)

_____ код подразделения: _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

контактные телефоны: _____

(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)

Email: _____

на основании: _____

(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

представляющий интересы Пациента: _____

(Ф.И.О. пациента полностью)

гражданина _____ пол (М/Ж): _____ дата рождения: _____

(страна)

место рождения: _____

паспорт: _____ выдан: _____

(серия и номер)

(когда и кем)

_____ код подразделения: _____

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

фактически проживающего(ей) по адресу: _____

(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) Оператором – АО «Группа компаний «Медси», ОГРН 5067746338732, ИНН 7710641442, место нахождения: РФ, 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3 А. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ серия _____.

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, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора, но не ограничиваясь: «Медialog», «ИнфоКлиника», «Smartmed», «Microsoft Dynamics CRM, Microsoft BI, а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в АО «Группа компаний «Медси», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

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), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), 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, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах АО «Группа компаний «Медси» в виде sms-сообщений, 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 АО «Группа компаний «Медси» и лицам, входящим в АО «Группа компаний «Медси», в том числе дочерним компаниям и аффилированным лицам АО «Группа компаний «Медси», а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) 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: АО «Медси 2», 119021, г. Москва, Большая Пироговская, д. 7, ИНН 7704261185; ООО «Медси Санкт-Петербург», ИНН 7826117076, 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Марата, д. 6; ООО «Клиника здоровья «Медлайф», ИНН 5902038996, 614000, Пермский край, г. Пермь, ул. Газеты Звезда, д. 13, 5 этаж; АО «Медси-Здоровье», 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3А, ИНН 7710703674; ПАО «Мобильные ТелеСистемы» (ПАО «МТС»), 109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4, ИНН 7740000076; ООО «Пост Модерн Технолоджи», 117571, г. Москва, проспект Вернадского, д. 105, к. 2, офис 91, ИНН - 7729387775; ООО «ЭсТуЭс Некст», 123557, г. Москва, ул. Пресненский вал, д. 27, стр. 8, ИНН 7703818219; ООО «Манзана», 105082, Москва, ул. Фридриха Энгельса, д. 75, стр. 5, ИНН 7701932396; АО «Энвижн Групп», 127055, г. Москва, ул. Новослободская, д. 29, стр. 24, ИНН 7703282175; ООО «Смарт Дельта Системс», 119517, г. Москва, ул. Нежинская, д. 13, корп. АБВГ, ИНН 7729391997; _____ 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). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора¹, заключенного с оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

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 при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

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 Оператор при обработке персональных данных обязан 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.

Пациент (Представитель пациента): _____

_____/подпись пациента, либо Представителя пациента, Ф.И.О. полностью/

Дата «____» _____ 20__ г.

¹ Договор на оказание медицинских услуг, заключенный с Пациентом (Представителем Пациента/Страховой компаний)