

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«МЕДИЦИНСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ «Она»

набережная реки Фонтанки, д.110, литер Б, пом.8 Н, г. Санкт - Петербург,190013

тел.(812) 670-00-33, e-mail: office@ona-clinic.ru;

Санкт-Петербургский филиал ООО «МО «Она», ул. Рижская, д.12, Санкт-Петербург, тел. (812) 670-00-33
Карельский филиал ООО «МО «Она», г. Петрозаводск, ул. Кирова, д.40, тел. (8142) 67-20-08, (8142) 67-20-09

Приложение № ____ от « ____ » _____ 20 ____ г
К Договору оказания платных медицинских услуг

Согласие на обработку персональных данных дети

Я, представитель Пациента, _____,
(Ф.И.О. представителя полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____, документ, удостоверяющий личность
серия _____ номер _____,
выдан _____,
(дата выдачи и название выдавшего органа)

на основании: _____
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента; реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)

представляющий интересы Пациента _____
(Ф.И.О. Пациента полностью)

зарегистрированного по адресу: _____,
проживающего по адресу: _____, документ, удостоверяющий личность
серия _____ номер _____,
выдан _____,
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку уполномоченными сотрудниками Общества с ограниченной ответственностью **«Медицинское объединение «Она» (далее-Оператор)**, (ОГРН 1027810244219, ИНН 7826057892) зарегистрированному по адресу (юридический адрес): г. Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д.110, лит. Б, пом.8Н, на сбор и обработку моих **«Заказчика»**, а также **«Пациента»** персональных данных (персональными данными является любая информация относящаяся ко мне или «Пациенту» как к физическому лицу, субъекту персональных данных), а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства, контактный(-е) номера телефон(-ов), почтовые и электронные адреса, реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии «Пациента» здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором «Пациенту» медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои **«Заказчика»**, а также **«Пациента»** персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения **«Пациента»**.

- ✓ Своей волей и в интересах «Пациента» выражаю согласие на осуществление (оператором) любых действий в отношении предоставленных персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных целей, в том числе выражаю согласие на обработку без ограничения моих и «Пациента» персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных при автоматизированной и без использования средств автоматизации обработке; запись на электронные носители и их хранение и прочие действия.
- ✓ Оператор вправе обрабатывать мои и «Пациента» персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС/ОМС, и договору на оказание платных медицинских услуг (наличный расчет).
- ✓ Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам ДМС/ОМС и по договорам на оказание платных медицинских услуг (наличный расчет) на обмен (прием и передачу) моими **«Заказчика»** и **«Пациента»** персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС и иными организациями в порядке ст.13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Согласен(-а) / не согласен(-а) получать информационную рассылку об услугах Оператора, результатах лабораторных, диагностических исследований и иную информацию относящуюся к здоровью «Пациента» по

телефону _____, по электронной почте _____.

Настоящее согласие на обработку персональных данных дано мной и действует с момента представления бесспорно.

Оператор проинформировал меня, и я согласен(-а) с тем, что имею право отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

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.

(Ф.И.О. полностью, подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.