ООО «Алтайский Медицинский Центр» ИНН 2223605243
г. Барнаул, ул. Юрина, 168 з ОГРН 1152223007342
www.amcclinic.ru

СОГЛАСИЕ
на обработку и передачу персональных данных

Я, нижеподписавшийся_____, паспорт_____
Ф.И.О. полностью серия и номер
выдан _____
дата и название выдавшего органа
СНИЛС_____
в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Алтайский Медицинский Центр», г. Барнаул, ул. Юрина, д. 168з
название и адрес медицинского учреждения

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), СНИЛС, ИНН, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, место работы и должность, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение, запись, извлечение, удаление, передачу по информационно-телекоммуникационной сети. 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 (документов) по договору ДМС. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, находящиеся в электронной истории моей болезни, включать её в списки (реестры) и отчетные формы, а также совершать иные действия, не запрещенные действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, предусмотренному действующим законодательством.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____
название страховой медицинской организации
с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Даю свое согласие на передачу моих персональных данных и сведений, необходимых для передачи в Федеральный реестр электронных медицинских документов (РЭМД):

да / нет _____/подпись

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа при личном обращении к Оператору при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан её прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание. При этом Оператор продолжает осуществлять хранениевсей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством, с последующим уничтожением.

Настоящее согласие дано мной_____и действует бессрочно.

Контактный(е) телефон(ы) _____

Адрес регистрации _____

Подпись субъекта персональных данных

_____ _____
Ф.И.О.