

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, физическое лицо, достигшее 18 летнего возраста, обладая необходимой дееспособностью и правоспособностью согласно законодательству РФ в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ добровольно подтверждаю согласие в отношении себя лично (моего ребенка / иного лица, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент) настоящим заявлением даю свое согласие на обработку моих (Пациента) персональных, в том числе специальных и биометрических данных следующим организациям:

ООО «Клиники Чайка», юридический адрес: 123317, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1, ОГРН: 1117746910027, ИНН: 7702775040 и / или ООО «СПОРТМЕДИЦИНА», юридический адрес: 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.15, ОГРН: 1167746093910, ИНН: 7731304889 и/или ООО «Клиника Чайка», юридический адрес: 121552, город Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Кунцево, ул. Ярцевская, д. 19, эт. 5, пом./комн. СХИХ/1 Б, ОГРН: 1217700223564, ИНН: 9731079010 и/или ООО «Большой город», юридический адрес: 119311, город Москва, вн.тер. г., муниципальный округ Раменки, пр-кт Вернадского, д. 6, эт. 8, пом./комн. ХС1/46, ОГРН: 1077758710611, ИНН: 7704657420 (далее – «Оператор»), в порядке, указанном ниже и в Разделе 8 Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг Клиники в редакции от "21" сентября 2021 г. (далее – Договор), включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее – «персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (Пациенту) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (Пациента) персональные данные, должностным лицам и медицинским работникам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам иных медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание сопутствующих медицинских услуг в моих (Пациента) интересах; работникам организаций, осуществляющих деятельность связанную с использованием информационных технологий, с которыми у Оператора заключен договор на оказание соответствующих услуг для совершенствования уровня услуг медицинского характера оказываемых мне (Пациенту), а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (Пациента) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. 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 договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный плательщиком медицинских услуг (Заказчиком), с целью согласования оказания мне (Пациенту) объема медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

В процессе оказания Оператором медицинской помощи в рамках Договоров на оплату медицинских услуг в отношении меня (Пациента), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (Пациента) персональные данные Заказчику необходимые для реализации таких договоров, а также сведения, включающие в себя результаты проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцати пяти) лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие дано мной с

момента подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;
- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).