

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Нижний Новгород

«__» _____ 202__ г.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статей 93, 94 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.11N 323-ФЗ,

я (ФИО полностью) _____

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «НИКА СПРИНГ МЕД» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (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 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, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной в день подписания настоящего Договора и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;
- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Оператор:

ООО «НИКА СПРИНГ МЕД»

Адрес: 603000, Нижегородская обл, Нижний Новгород г, Максима Горького ул, дом 226, помещение 5

ОГРН 1105260003826

ИНН 5260274404 КПП 526001001

Р/с 40702810642050010379

Волго-Вятский Банк ПАО Сбербанк, г. Н.Новгород

БИК 042202603

К/с 30101810900000000603

Тел. (факс) (831) 26-00-226

Администратор /ФИО администратора/,

действующий на основании доверенности /дата

выдачи доверенности/ г.

_____/ФИО администратора/

М.П.

Заказчик:

Ф.И.О. _____

паспорт _____

выдан _____

от «__» _____ г.

Место регистрации: _____

тел. * _____

М.П.



