

Согласие пациента на обработку персональных данных

Адрес: 295026, г. Симферополь, ул. Гагарина, д. 14б

Телефон: +79787339070

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Фемина» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилия; имя; отчество; год; месяц; дата и место рождения; пол; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место, дата регистрации; телефон; страховой номер индивидуального лицевого счёта; название страховой организации, номер полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования застрахованного лица; место работы, профессия, должность, условия работы; сведения об инвалидности; группа крови, резус-принадлежность, лекарственная непереносимость; сведения об вакцинации; сведения о семье; анамнез; диагноз; сведения об организации оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; частота и длительность временной нетрудоспособности; сведения об оказанных медицинских услугах; применённые стандарты медицинской помощи; рекомендации врачей 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, предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение.

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён 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.

Настоящее согласие дано мной: _____

Дата заполнения: « _____ » _____ 20____ года