

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я _____

Ф.И.О. полностью

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27. 07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Да Винчи» г. Вологда, проспект Победы, 69 (далее Оператор) моих персональных данных, контактных(ого) телефонов(а), реквизитов полиса ОМС (ДМС), страхового номера индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условиях, 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 отчётные формы, Предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право на исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может изменяться/осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и 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 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 взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон: _____

Подпись субъекта персональных данных: _____

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я _____

Ф.И.О. полностью

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27. 07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Да Винчи» г. Вологда, проспект Победы, 69 (далее Оператор) моих персональных данных, контактных(ого) телефонов(а), реквизитов полиса ОМС (ДМС), страхового номера индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условиях, 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 отчётные формы, Предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право на исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может изменяться/осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и 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 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 взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон: _____

Подпись субъекта персональных данных: _____