

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(ФИО заявителя)
дата рождения _____, паспорт/иной документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и наименование выдавшего органа)
место рождения _____, код подразделения _____
зарегистрированный по месту жительства по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

контактные телефоны _____
контактные адреса электронной почты _____
являющийся (зачеркнуть ненужное):

1). ПАЦИЕНТОМ (субъектом персональных данных)

2). законным представителем ПАЦИЕНТА (субъекта персональных данных) _____

(ФИО несовершеннолетнего или недееспособного ПАЦИЕНТА, от имени которого действует законный представитель)
дата рождения _____, паспорт/иной документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и наименование выдавшего органа)
место рождения _____, код подразделения _____
зарегистрированный по месту жительства по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

контактные телефоны _____
контактные адреса электронной почты _____
действующим на основании _____
(документ, подтверждающий статус родителя, усыновителя, опекуна или попечителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим даю свое согласие на обработку Оператором – Акционерным обществом «Центр эндохирургии и литотрипсии» (сокращённое наименование – АО «ЦЭЛТ», ОГРН 1027739245962, адрес: 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, д. 62), **моих персональных данных / персональных данных Пациента, указанного в настоящем согласии, законным представителем которого я являюсь (зачеркнуть ненужное)**, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес регистрации по месту жительства и почтовый (контактный) адрес, контактные телефоны, контактные адреса электронной почты, гражданство, данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность в соответствии с законодательством РФ (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения), данные полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о фактах обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья и фактах обращений за медицинской помощью, установлении диагноза, назначенном и проведённом лечении, выданных по его результатам рекомендациях и их выполнении, в целях:

- оказания пациенту (субъекту персональных данных, указанному в настоящем согласии) медицинских услуг, в том числе установление медицинского диагноза и оказание всех необходимых видов медицинской помощи и ведения медицинской документации;

- улучшения качества обслуживания пациента (субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии), в том числе предоставления сведений, связанных с исполнением договора оказания медицинских услуг (включая сведения о состоянии здоровья, о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, о специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок и бонусах с помощью смс-информирования, почтовой рассылки на указанные в настоящем согласии адреса электронной почты и/или номера мобильного телефона).

Я предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии, включая их сбор, запись, систематизацию, накопление (в том числе включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами, регламентирующими оказание медицинских услуг медицинскими организациями), хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, а также передачу в необходимом объеме любыми законными способами в другие медицинские и страховые организации, состоящие с АО «ЦЭЛТ» в договорных правоотношениях (в рамках исполнения обязательств АО «ЦЭЛТ» по указанным договорам в интересах субъекта

персональных данных) в соответствии с вышеуказанными целями обработки персональных данных и законодательством РФ.

Я согласен с получением от Оператора (АО «ЦЭЛТ») информации, содержащей персональные данные субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии (включая сведения, относящиеся к врачебной тайне) посредством смс-сообщений и электронных сообщений на указанные в настоящем согласии номера мобильного телефона и адреса электронной почты.

Я согласен с ведением Оператором (АО «ЦЭЛТ») аудиозаписи и видеозаписи с использованием технических средств, размещённых в помещениях АО «ЦЭЛТ», в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности в течение всего времени взаимодействия субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии, с медицинскими работниками АО «ЦЭЛТ», и с последующим хранением АО «ЦЭЛТ» полученных таким образом аудио- и видеозаписей.

Я подтверждаю, что указанные в настоящем согласии сведения (в том числе номера мобильного телефона и адреса электронной почты) являются достоверными и принадлежат субъекту персональных данных, указанному в настоящем согласии.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и дано на срок, равный установленному законодательством РФ максимальному сроку хранения медицинской документации.

Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления. При этом АО «ЦЭЛТ» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

(ФИО заявителя полностью)

(подпись заявителя)