

Приложение №2

к Приказу Генерального директора

ООО «Новейшая медицина»

№ ____ от « ____ » _____ 2018 года

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Новейшая медицина» (ИНН 7743789589, фактический адрес: 119415, г. Москва, Ленинский проспект, д. 126) (далее – «Общество») моих персональных данных/персональных данных Представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, почтовый адрес, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, историях болезни и результатах лабораторных исследований, случаях обращения за медицинской помощью и в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и иных услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Обществом мне/Представляемому медицинских и иных услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные/персональные данные Представляемого, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Общества, а также медицинским учреждениям-партнерам в интересах моего обследования и лечения

Предоставляю Обществу право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными/персональными данными Представляемого, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и трансграничную передачу (если применимо). Общество вправе обрабатывать мои персональные данные/персональные данные Представляемого посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Общество имеет право во исполнение своих обязательств передавать мои персональные данные/персональные данные Представляемого (поручать обработку персональных данных) третьим лицам, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. При этом Общество выполняет требования к поручению обработки персональных данных, предусмотренные Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Общество имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными (персональными данными Представляемого) со страховой медицинской организацией 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 прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я предоставляю Обществу право на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи (в т.ч. интернета, телефонной связи) о перечне услуг, оказываемых Обществом, о скидках и акциях на услуги, об изменениях порядка предоставления услуг, о записи на прием к специалистам, о результатах медицинских обследований и анализов:

№ п/п	Предлагаемые сервисные услуги
1	Получение уведомления по электронной почте о готовности результатов лабораторных и диагностических исследований.
2	SMS-напоминания о записи на прием к специалисту, исследование.
3	Уведомление о перечне медицинских услуг, акциях и скидках на медицинские услуги, об изменениях порядка предоставления медицинских услуг.

Я подтверждаю ознакомление с Политикой Общества в отношении обработки персональных данных, размещенной на сайте <http://www.stvolkletki.ru>.

Срок хранения моих персональных данных/персональных данных Представляемого соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной с момента нажатия на кнопку «Направить» и действует на весь срок хранения моих персональных данных/персональных данных Представляемого.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Общества по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Общества.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Общество обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне/Представляемому медицинских и иных услуг.