

ООО МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «МИРОСЛАВА»

ОГРН 1206600060369, лицензия № ЛО-66-01-006805 от 21.05.2021 г.,

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
_____, проживающий(ая) по адресу:

_____, паспорт серия _____ № _____
выдан _____,

в соответствии с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «МИРОСЛАВА» (ООО ММЦ «МИРОСЛАВА», далее - Клиника) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС (ОМС), 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 соблюдать врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи в Клинике я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и моего лечения.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные 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).

Разрешение на передачу информации о состоянии здоровья (заболевании).

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации, я, _____,

_____ разрешаю передавать информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) только следующим лицам:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ФИО лиц(а), уполномоченного(ых) получать информацию

Подпись, ФИО пациента или законного представителя полностью

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Настоящее согласие дано мной «___»_____ 2021 г. и действует бессрочно.

Прошу информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) направлять мне по адресу электронной почты _____.

На передаче результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов открытым и незащищенным каналом (способом) настаиваю. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден.

Претензий к ООО ММЦ «МИРОСЛАВА» в области связи и информации не имею

Подпись, ФИО полностью

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Клиники. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись, ФИО полностью