ООО «3-е поколение» тел. (343) 266-18-43, 2-109-000
620130, Екатеринбург, ул. Белинского 200а, сек. 97
ИНН/КПП 6674099269/667901001 р/с 40702810916120032777
УРАЛЬСКИЙ БАНК СБЕРБАНКА РФ г. Екатеринбург,
К/с 30101810500000000674, БИК 046577674

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье) и биометрических данных

Я, Фамилия Имя Отчество

(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт серии Серия паспорта номер Номер паспорта , выдан Дата выдачи паспорта Кем выдан паспорт

Проживающий (ая) по адресу: Адрес ,
даю согласие на обработку данных ООО «3-е поколение», находящемуся по адресу: г.Екатеринбург, ул. Белинского, 200а.

Обработка данных о моем здоровье может осуществляться только в медико-профилактических целях. Обработка включает сбор, хранение, использование, обезличивание и уничтожение данных.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье, а также биометрические данные другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я даю свое согласие на получение СМС-уведомлений, напоминаний о приемах и рекламных предложений.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения моих персональных данных, срок действия согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

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

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 расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие: – фамилия, имя, отчество; – дата, месяц, год рождения; – пол; – адрес местожительства; – контактный номер телефона; – место работы (учебы); – должность (профессия); – социальное положение; – паспортные данные; – сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования; – сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС); – сведения о льготах; – сведения о состоянии здоровья (в т. ч. группа здоровья, группа инвалидности); – результаты исследований; – сведения об оказанных медицинских услугах

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата составления согласия Текущая дата полн. .