

Письменное согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в медицинском центре ООО «Саико», юр.адрес: 68000, г.Хабаровск, ул.Комсомольская, 104, ОГРН 1027700132195 (далее - Оператор), включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизита полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить 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 их сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, посредством внесения в электронную базу данных, включая списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС(по договору ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 сохранить профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 2025г. и действует бессрочно.

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

Подпись субъекта персональных данных _____