

ООО «Катюша»

ОГРН 1107603000570 ИНН/КПП 7603045452/760601001

Фактический адрес: 150000, г. Ярославль, Московский просп., д. 163, корп. 2

Лицензия № ЛО-76-01-002804 от 16 марта 2020 года

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____ /

(Ф.И.О. полностью),

дата рождения _____

проживающий (ая) по адресу: _____

паспорт № _____ дата выдачи _____ органн, выдавший паспорт _____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Катюша» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес регистрации, адрес электронной почты, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, биометрических данных в 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 обязательным сохранять 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. **Цели обработки персональных данных:** предоставление медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего фото- и видеозображения, голоса) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне. Обработка персональных данных и данных о здоровье может осуществляться в медико-профилактических целях. Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я согласен(а) / не согласен (а) на передачу сведений о приеме в соответствии с п. 3 пп «е» Постановления Правительства N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Я осознаю, что сведения, на распространение которых я даю согласие клинике, о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (ст. 13 ФЗ № 323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. Мне понятны все условия фото и видеосъемки.

При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления, и я действую по собственной воле.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне медицинской услуги. При этом ООО «Катюша» продолжает осуществлять хранение всех персональных данных и медицинской документации.

В соответствии с требованиями ст. 9 152 ФЗ «О персональных данных» **я подтверждаю свое согласие** на обработку ООО «Катюша» моих (представляемых) данных, в том числе биометрических, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне (представляемому) платных медицинских и иных услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня (представляемого) или других лиц.

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.

Я прошу работников Клиники направлять мне путем совершения:

звонка по номеру(ам) телефона(ов) или отправки sms- сообщения, в т.ч. в мессенджеры _____

по адресу электронной почты _____

информацию о предстоящей записи к врачам специалистам Клиники, информацию об оказанных мне медицинских услугах и ходе моего лечения, направления и результаты рентгенологических и диагностических исследований, а также информацию о специальных программах и акциях Клиники.

Я проинформирован (а) о том, что такая передача информации, в том числе медицинской документации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности. Несмотря на риск утечки моих персональных данных и сведений, составляющих мою врачебную тайну, **я выражаю желание и прошу работников Клиники направлять мне вышеуказанную информацию посредством сообщений,** так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством ее получения по данным каналам связи. Я здраво оцениваю все риски и готов принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Настоящее согласие подписано мной и действует с « _____ » _____ 202_ г. бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____