

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку персональных данных, специальных и биометрических данных

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_,  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

даю согласие на обработку моих специальных и биометрических данных, (данных моего ребенка \_\_\_\_\_) обществу с ограниченной ответственностью «Альянс» (далее – Оператор, Клиника), расположенному по адресу: 677000, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, 202 мкр-н 202, корпус 2/1.

Обработка моих специальных, а также биометрических данных может осуществляться только в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Клиники передавать мои персональные данные (в том числе специальные и биометрические) 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, сторонним медицинским консультантам. Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (в том числе специальными и биометрическими), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных.

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Альянс» моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 хранить врачебную тайну. В процессе оказания врачом мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам администраторам, в интересах моего обследования и лечения.

Представляю администратору 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 по договорам ДМС. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено. Срок действия настоящего согласия – бессрочно. 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 центра по почте заказным

письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Я даю свое согласие на информирование меня о предстоящем приеме посредством: смс-информирования, e-mail-информирования, телефонного звонка. Я даю свое согласие на направление Клиникой заказных писем, ценных писем по вопросам, связанным с моим лечением, на мой домашний адрес.

Дата составления согласия .....

Ф.И.О.....

Подпись субъекта персональных данных .....