

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных в ООО ЛОЦ «Арника»

Я, нижеподписавшийся,

проживающий по адресу _____

Паспорт _____ выдан

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО ЛОЦ «Арника» (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (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 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующие предоставление отчетных данных (документов) по договором ОМС (ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в систем ОМС (по договору ДМС) на объем (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинским организациями по обязательному о добровольному медицинскому страхованию, организациями, предприятиями, осуществляющими оплату лечения своих работников, 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 обработку будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения архивных 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 _____ и действует бессрочно.

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 либо вручен 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 до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы)

_____ и почтовый

адрес _____

Подпись субъекта персональных

данных _____