

Информированное добровольное согласие на обработку данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" _____ " _____ года рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий(ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" _____ " _____ года рождения,

(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

Проживающего(ую) по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ООО «Медилабс», находящемуся по адресу: находящемуся по адресу: 194356, Россия, г. Санкт-Петербург, поселок Парголово, ул. Заречная, д. 10, стр. 1, пом. 56Н, ком. 2;

оказывающее медицинские услуги по адресам:

194356, Россия, г. Санкт-Петербург, поселок Парголово, ул. Заречная, д. 10, стр. 1, пом. 56Н, ком. 2;

195220, г. Санкт-Петербург, муниципальный округ Пискаревка, Кушелевская дорога, дом 1, корпус 2, строение 1, помещение 63-Н;

188692, Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, Заневское городское поселение, г. Кудрово, ул. Пражская, дом 14, пом. 1Н;

188677, Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, Мурино городское поселение, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 17, пом. 45Н,

(далее Оператор) на сбор, обработку, систематизацию, хранение, накопление, блокирование, уничтожение моих персональных данных, а именно: мои: Фамилию, Имя, Отчество, паспортные данные, адрес проживания, пол, дату моего рождения, контактный телефон, E-Mail, данные о состоянии моего здоровья, сопутствующих 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.

Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну или другими должностными лицами (оператор), в интересах моего обследования и лечения, обеспечения безопасности в ходе оказания медицинских услуг. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием передачу) моими персональными данными с иными юридическими лицами, 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 сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам 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 клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителя Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением действий, прямо предусмотренных действующим законодательством) в течение периода времени, необходимо для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись _____ ФИО _____ Дата _____