

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных _____, Фамилия Имя Отчество

основной документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина РФ серии _____
№ _____, выдан _____._____.20____, выдавший орган: _____

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «Нейрон-Мед» (ООО «Нейрон-Мед» ОГРН 1025801354314 (далее - Оператор), находящемуся по адресу: 440052, Пензенская область, г. Пенза, ул. Тамбовская, дом 30, литера А-А6, кабинет 204 (фактический адрес: 442539, Пензенская область, г. Кузнецк, ул. Белинского, 38; 442153, Пензенская область, г. Нижний Ломов ул. Сергеева, 76), с целью: медико-профилактические цели, установление медицинского диагноза и оказание медицинских услуг; осуществления гражданско-правовых отношений при осуществлении уставной деятельности Оператора, исполнения договорных обязательств; обеспечение соблюдения трудового законодательства РФ; ведение кадрового, бухгалтерского и налогового учета; продвижение медицинских услуг на рынке путем прямой рассылки рекламной информации посредством СМС-сообщений, сообщений в мессенджерах, писем по адресу электронной почты, рекламных голосовых обзвонков по телефону; передачи в органы власти и иные уполномоченные организации документов и отчетности.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: 1) фамилия, имя, отчество (при наличии); 2) пол; 3) дата рождения; 4) место рождения; 5) гражданство; 6) данные документа, удостоверяющего личность; 7) место жительства; 8) место регистрации; 9) дата регистрации; 10) страховой номер индивидуального лицевого счета; 11) номер полиса обязательного медицинского страхования; 12) анамнез, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; 13) диагноз; 14) сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; 15) вид оказанной медицинской помощи; 16) условия оказания медицинской помощи; 17) сроки оказания медицинской помощи; 18) объем оказания медицинской помощи; 19) результат обращения за медицинской помощью; 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности; 21) сведения об оказанных медицинских услугах; 22) примененные стандарты медицинской помощи; 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу; 24) контактный телефон; 25) адрес электронной почты.

Разрешаю оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам (уполномоченным представителям) Оператора в целях оказания мне медицинских услуг. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с иными медицинскими организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ, но в любом случае не менее чем в течение срока действия заключенного договора на оказание медицинских услуг и срока исковой давности после завершения его исполнения.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до момента отзыва в письменной форме. Я вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Также в соответствии с ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» я даю свое согласие на получение по сетям электросвязи (телефонной, факсимильной, подвижной радиотелефонной связи) рекламной информации, в том числе в форме рекламной рассылки SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, писем по адресу электронной почты, рекламных голосовых обзвонков.

Субъект персональных данных: _____ / _____ /
Подпись Фамилия, Инициалы

« _____ » _____ 20 ____ г.