

В ООО «Центр Филонова»
ОГРН: 1194205021284, ИНН: 4205385038
650000, Кемеровская область - Кузбасс, г. Кемерово,
пр-кт Советский, д. 70а, помещ. 217

От _____

(фамилия, имя, отчество)

(адрес)

Паспорт: _____

(серия, номер)

(дата выдачи, кем выдан)

(номер телефона)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N152-ФЗ "О персональных данных", в целях оказания мне медицинских услуг **даю согласие на обработку моих персональных данных** обществу с ограниченной ответственностью «Центр Филонова», расположенному по адресу: Кемеровская область – Кузбасс, г.Кемерово, пр-кт Советский, д.70А, помещ.217.

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

Категории и перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

Персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Специальные категории персональных данных: сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций.

Биометрические персональные данные: фотографическое изображение, видеоизображение.

Оператор также 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 (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в целях заключения, сопровождения и исполнения договора на оказание платных медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских (включая медицинскую помощь, оказываемую с применением телемедицинских технологий – далее, «телемедицинские услуги») и медико-социальных услуг, оказания, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении).

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю / не даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «Центр Филонова» в виде (выбрать один или несколько каналов информирования):

- sms-сообщений на номер _____,
- сообщения в мессенджере WhatsApp на номер _____,
- сообщения в мессенджере Telegram на номер _____,
- звонка на номер телефона _____,
- письма по электронной почте (e-mail) на адрес _____,

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента) и/или имею законное право давать согласие в отношении указанного номера мобильного телефона, а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Настоящее согласие действует до дня его отзыва и может быть отозвано мною путем подачи мною соответствующего письменного заявления в ООО «Центр Филонова» по адресу: Кемеровская область – Кузбасс, г. Кемерово, пр-кт Советский 70А, помещ. 217.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору в порядке, указанном выше, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами:

- 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными;
- 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав;
- 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

- 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки;
- 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором;
- 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;
- 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
- 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных

Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных") (нужное отметить):

- не устанавливаю
- устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) этих данных оператором неограниченному кругу лиц
- устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц
- устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц;

Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов: _____

_____ (заполняется по желанию субъекта персональных данных)

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных

персональных данных: _____
_____ (заполняется по желанию субъекта персональных данных)

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

_____ (подпись)/_____ (Ф.И.О.)
_____ (дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации:

_____ (подпись)/_____ (Ф.И.О.)