

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона О персональных данных от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и ст.13 Федерального закона Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ

Я, нижеподписавшийся _____,
паспорт:
серия _____ номер _____ выдан _____ когда _____,
проживающий по
адресу: _____,
являющийся законным представителем (мать, отец, опекун) ребенка:

дата рождения _____, свидетельство о рождении _____,

настоящим в соответствии с требованиями федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 "О персональных данных" даю согласие ООО «Центу репродуктивной медицины «АИст» ИНН 1657265446 ОГРН 12016000089679 (далее - Оператор), расположенной по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.2, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку персональных данных моих и представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства и регистрации, контактные телефон(ы), адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность (номер, серия, кем и когда выдан), место работы (учебы) и должность, сведения о состоянии здоровья моего и представляемого, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, **в следующих целях:** медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения электронной медицинской карты пациента; реализации электронной записи к врачу; ведения персонализированного учета оказанных медицинских услуг; для реализации телемедицинских консультаций, электронного документооборота; осуществления взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования; хранения результатов лабораторно-диагностических исследований для последующего использования в установлении медицинского диагноза; формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее – ЭЛН) с целью осуществления выплат страхового обеспечения, совершенствования возможностей мониторинга и анализа страховых случаев и контроля за соблюдением законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний при выплате страхового обеспечения застрахованным лицам, заключения и исполнения договора оказания платных медицинских услуг и иных договоров/дополнительных соглашений, сервисных услуг, связанных с созданием условий получения медицинской помощи, повышения качества оказания медицинских услуг (сервис единого контакт-центра, личного кабинета, мобильного приложения и информирования о предоставляемых услугах, маркетинговых и/или рекламных акциях), анализ данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций) с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, с представляемого персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Обработка производится в том числе посредством внесения в базу данных медицинской информационной системы.

Я, осознавая риск утечки информации, добровольно даю согласие на отправку результатов всех видов исследований на указанную мною электронную почту. Я проинформирован (а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов Оператор ответственности не несет.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи субъекту персональных данных я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения. Я согласен с тем, что доступ к представляемого персональным данным будут иметь сотрудники Оператора, осуществляющие юридическое сопровождение Оператора и техническое обслуживание информационной системы, в том числе лица, оказывающие соответствующие услуги (выполняющие работы) в рамках заключенных договоров.

Я согласен с тем, что в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, указанные в настоящем согласии представляемого персональные данные могут быть переданы в другие лечебно-профилактические организации для обработки лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я согласен с тем, что в целях осуществления обязательного медицинского страхования представляемого персональные данные могут быть переданы в страховую медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Срок хранения представляемого персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие 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.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата _____