СОГЛАСИЕ
на обработку и передачу персональных данных

Я,_____,
(фамилия, имя, отчество **субъекта персональных данных, законного представителя субъекта персональных данных**)

документ, удостоверяющий личность (№ документа, дата выдачи, выдавший орган) _____,

адрес:_____,

от собственного лица

и/или в интересах представляемого мной лица:_____

Раздел заполняется законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет или признанного недееспособным; представителем по доверенности (иному документу).

_____,
(фамилия, имя, отчество **представляемого лица - субъекта персональных данных** полностью)

документ, удостоверяющий личность (№ документа, дата выдачи, выдавший орган)_____ _____,

адрес: _____,

_____,
реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

законным представителем которого (отец / мать / иное – указать далее) _____ я являюсь

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (и персональных данных представляемого мною лица), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», Обществу с ограниченной ответственностью «Приоритет диагностика» (ИНН 7810785790, ОГРН 1207800003290), расположено адресам: г.Санкт-Петербург, вн.тер.г. муниципальный округ Юнтолово, ул. Шаврова, д.. 26, стр. 1, помещение 41; г. Санкт-Петербург, Московский пр., д. 222, лит. А., помещ. 4-Н, 7-Н), (далее – Оператор) в целях исполнения договора и оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг, для достижения медико-профилактических, лечебных целей (в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну), в том числе:

- в целях идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым и иным компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), фискальным органам, органам статистики, в том числе с целью выяснения ими обстоятельств страхового случая и администрирования дела о страховом случае, предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг;
- в целях направления информационных сообщений об Операторе или иной информации, необходимой для оказания медицинских и иных услуг;
- в целях онлайн записи к Оператору через сайт самого Оператора, а также запись к Оператору по телефону Оператора или с помощью мессенджеров;
- в целях проведение телефонного опроса субъекта персональных данных, а также опроса субъекта персональных данных по электронной почте или с помощью sms-сообщений, мессенджеров, в том числе, но не ограничиваясь, об удовлетворенности Пациента и (или) Заказчика, или Законного представителя Пациента, или Представителя Пациента качеством и уровнем организации и оказания медицинских и иных услуг Оператора;
- в целях обработки персональных данных в электронных медицинских системах с использованием машинных носителей информации, по каналам связи;

В процессе оказания Оператором мне (и/или представляемому мною лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои данные другим должностным лицам в интересах моего (и/или представляемого мною лица) обследования, лечения, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской услуги и ее оплаты, в иных целях, указанных в настоящем согласии.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам возмездного оказания медицинских услуг, по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, по договорам добровольного медицинского страхования, а субъект персональных данных (в зависимости от правового статуса субъекта персональных данных) даёт согласие на обработку своих (а также, данных представляемого им лица - Пациента) персональных данных, в медицинской информационной системе, используемой Оператором, в том числе при её технической поддержке и доработке лицами, обслуживающими медицинскую систему.

На основании данного соглашения Оператор вправе поручить обработку, в том числе передачу, персональных данных субъекта персональных данных, в том числе, но не ограничиваясь, третьим лицам, оказывающим услуги для реализации дополнительных целей, сопутствующим медицинской деятельности Оператора, а именно: ООО «Приоритет»/ ИНН 4716029110 (включая сотрудников организации) и ИП Топольскову Р.А./ИНН 610502051234(включая сотрудников предпринимателя), если такие лица оказывают услуги для целей обработки персональных данных.

В случае привлечения Оператором третьих лиц в целях сбора статистических данных, проведения научных, учебных мероприятий; проведения информационных, статистических и маркетинговых исследований, проведения телефонного опроса субъекта персональных данных, а также опроса субъекта персональных данных по электронной почте или с помощью sms-сообщений, мессенджеров, в том числе, но не ограничиваясь, об удовлетворенности субъекта персональных данных качеством и уровнем организации и оказания медицинских и иных услуг Оператора, таргетирования рекламных сообщений, сбора информации о субъекте персональных данных, которую он опубликовал в сети Интернет, реализации маркетинговых программ, а также для информирования субъекта персональных данных об акциях Оператора, направления сообщений рекламного и информационного характера, онлайн записи к Оператору через сайты третьих лиц, а также записи к Оператору с привлечением третьих лиц, оказывающих услуги по записи у Оператора, обобщения и анализа информации о субъекте персональных данных, размещенной им в сети Интернет, с целью получения информации о новых характеристиках и предпочтениях (социальном и поведенческом портрете) субъекта персональных данных **Оператор обязан заключить с таким третьим лицом, оказывающим такие услуги и обрабатывающим персональные данные, соглашение о конфиденциальности о принятии им обязательства обрабатывать персональные данные только в указанных целях, не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных. Оператор осуществляет передачу персональных данных субъекта третьим лицам и иных случаях в порядке, предусмотренном законодательством РФ.**

Перечень персональных данных, на обработку и передачу которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, данные о состоянии здоровья, семейное и социальное положение, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), биометрические персональные данные, полученные при оказании мне (представляемому лицу) медицинских услуг, сведения составляющие врачебную тайну, другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках информации, предоставленных Оператору, или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю Оператору согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление,

уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредствам внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам ДМС.

Настоящим также подтверждаю, что ознакомлен(а) с локальными нормативными актами Оператора о персональных данных, размещаемые на сайте и информационном стенде Оператора, права и обязанности в области персональных данных мне разъяснены и понятны. Обработка персональных данных осуществляется Оператором на основании ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе в соответствии с п.п. 4 ч. 2 ст. 10 и ст. 6, ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ. Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва.

Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

«____» _____ 20___ _____/_____/

Настоящим прошу направлять на мою электронную почту _____

и/или сообщением через мессенджер по тел._____;

результаты исследований, заключения специалистов /протоколы по результатам исследования и иные медицинские документы, информацию о состоянии здоровья Пациента, содержащие врачебную тайну, в том числе, которые я буду запрашивать с указанного выше адреса электронной почты или с помощью мессенджера, касающиеся:

- меня _____

- моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____,

иного лица_____

интересы которого, я представляю на основании_____,

Я уведомлен(а), что передача информации по электронной почте не исключает доступ к ней третьих лиц и не позволяет отправителю достоверно идентифицировать получателя информации. Все риски, связанные с таким способом передачи информации я осознаю, и претензии к ООО «Приоритет диагностика» в случае нежелательного распространения пересланной мне информации обязуюсь не предъявлять.

Я уведомлен(а), что внести изменения в настоящее заявление или прекратить его действие я смогу только другим письменным заявлением.

«____» _____ 20___ _____/_____/

Настоящим я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:_____

_____

«____» _____ 20___ _____/_____/

Заказчик настоящим передает все права и обязанности, принадлежащие законному представителю Пациента, в том числе право принимать решение об оказании медицинских услуг или отказе от них, право подписывать информированное согласие на медицинское вмешательство в отношении Пациента, право запрашивать и получать сведения, составляющие врачебную тайну Пациента, а также обязанность принять и оплатить оказанные услуги следующим лицам:

«____» _____ 20___ _____/_____/

Настоящим *я даю*/ *не даю* согласие ООО «Приоритет диагностика» в целях клиентоориентированности Исполнителя и поддержания связи со мной, информирования об оказываемых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках осуществлять отправку сообщений в мессенджеры на номер телефона: +7 _____ или посредством телефонного звонка, по адресу эл.почты:_____

«____» _____ 20___ _____/_____/

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно (до отзыва).

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснено, что я в любое время могу отозвать данное согласие удобным для меня способом.

«____» _____ 20___ _____/_____/