

## Клиника "БЛИЖЕ"

ООО "БЛИЖЕ"

Адрес местонахождения: г. Краснодар, ул. Красная, д. 155/2, помещение 10 тел. 8(861) 212-68-96

### Согласие на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных, \_\_\_\_\_ (ФИО), \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный \_\_\_\_\_ (ая) по \_\_\_\_\_ адресу: \_\_\_\_\_, в лице представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, действующая от имени субъекта персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Ближе", юридический адрес: 350020, г. Краснодар, ул. Красная, д.155/2, помещение 10 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес прописки, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий, другой информации, необходимой для правильного проведения и интерпретации медицинских исследований.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий. я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам (медицинским учреждениям), имеющим с Оператором соответствующие договоры на оказание медицинских услуг, страховым организациям (в рамках оказания медицинских услуг по полисам ОМС, ДМС), а также должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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 на обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием цифровых носителей и 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

Настоящим подтверждаю, что я уведомлен и согласен с тем, что при оказании медицинских услуг, с применением телемедицинских технологий Оператор, не несет ответственности, за возможные нарушения конфиденциальности, в связи с передачей сведений, в т.ч. составляющих врачебную тайну, по открытым каналам связи (электронная почта, телефон, скайп и пр.).

Срок хранения моих 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.

Контактный телефон:

Почтовый адрес:

Подпись субъекта персональных данных (представителя)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

подпись

расшифровка подписи (Фамилия И.О.)

