

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА
на обработку персональных данных**

Под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27 июля 2006 г. № ФЗ – 152 «О персональных данных» в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Я _____
(именуемый в дальнейшем "Субъект"), дата (число, месяц, год) рождения _____,
гражданство: _____ проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт: _____

настоящим даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Новая Линия» (именуемому в дальнейшем "Оператор"), на обработку своих персональных данных (далее - ПДн), предоставленных Субъектом для целей Оператора в предоставлении медицинских услуг.

Перечень персональных данных Субъекта, передаваемых Оператору на обработку:

Фамилия, Имя, Отчество; пол; дата рождения; гражданство; адрес постоянной и временной (при наличии последней) регистрации; данные документа, удостоверяющего личность; контактная информация (адрес, номер(а) телефона(ов), e-mail); сведения о работе, должности, данные о состоянии моего (или представляемого) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, биометрические данные (фотографии, рентгеновские снимки) и иные сведения, составляющие врачебную тайну в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и медицинской помощи, а также выплаты пособия по временной нетрудоспособности моей/представляемого при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В процессе оказания Медицинским центром медицинской помощи/медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам обрабатывать, передавать мои (представляемого) персональные данные, в т.ч. содержащие сведения, составляющие врачебную тайну:

- другим должностным лицам и персоналу Медицинского центра в интересах моего обследования и лечения. контроля качества оказания медицинской помощи,
- субисполнителям по договору об оказании платных медицинских услуг, а также иным лицам в целях надлежащего исполнения Медицинским центром условий договора об оказании платных медицинских услуг.
- врачам и иным представителям страховой организации, субисполнителям, привлеченным для оказания медицинских услуг (в случае моего лечения за счет этой страховой организации),
- медицинским организациям, в которых я получал(-а) или получаю медицинскую помощь и медицинские услуги,
- по запросу Управления (Отделений) Пенсионного Фонда РФ в целях назначения и выплат пособий,
- в Фонд социального страхования Российской Федерации (107078, г. Москва, Орликов пер., д. 3а) в целях выплаты мне пособия по временной нетрудоспособности (моей/представляемого),
- в обезличенной форме (не позволяющей идентифицировать личность) персоналу Медицинского центра, а также третьим лицам для использования в статистических и научно-исследовательских целях.

Согласие дается на совершение следующих действий с ПДн для целей Оператора при соблюдении Оператором необходимого уровня конфиденциальности:

- сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в действующем Положении о защите, хранении, обработке и передаче персональных данных субъектов персональных данных в ООО «Новая Линия».

Медицинский центр вправе обрабатывать мои персональные данные неавтоматизированным и автоматизированным способами, в т.ч. посредством внесения их в электронную базу данных, медицинские информационные системы, включения в списки (реестры) и отчетные форсы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной документации, а также передачу персональных данных в страховые организации согласно заключенным договорам.

Медицинский центр имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием\ Передачу, доступ) моими персональными данными со страховой организацией, ПФР РФ с использованием машинных носителей информации по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, если иное не установлено законодательством РФ.

Предоставляю Медицинскому центру право посредством телефонной и/или электронной связи информировать меня о записи на прием к врачу, предстоящих процедурах, скидках, новых услугах, акциях и новостях.

Субъект дает согласие на включение сведений в источники информации в рамках функционирования информационных систем обеспечения и мониторинга лечебного процесса, научной, организационной, финансово-экономической и иной деятельности ООО «Новая Линия», предусмотренной Уставом.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Данное Согласие может быть отозвано Субъектом на основании письменного заявления, направленного в установленном порядке (лично или по почте заказным письмом) в адрес Оператора с указанием мотивированной причины отзыва согласия. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинский центр обязан:

- прекратить из обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи,
- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Медицинского центра включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ (ЗАЯВЛЕНИЕ)

Я, _____, проживающая(ий) по адресу: _____, паспорт: _____ при оказании мне возмездных медицинских услуг по заключенному Договору с ООО «Новая Линия» (196084, Санкт-Петербург, Набережная Обводного Канала, 108 лит.А, пом. 32-Н) прошу направлять результаты анализов, выполненных в рамках оказания медицинской услуги, по адресу электронной почты:

Я проинформирован(а) о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации, составляющей врачебную тайну, будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности.

Несмотря на риск утечки персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну пациента, я выражаю желание и прошу работников ООО «Новая Линия» направить мне вышеуказанную информацию посредством электронной почты.

Я оцениваю все риски и готов(а) принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей/пациента медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

подпись

фамилия (полностью), и., о.

Дата: _____