

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Клиника ЛМС» в г. Москве, именуемым далее Оператор, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления клинического диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также получать в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался(лась), состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечения, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии, оформленные в установленном порядке, медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и обследований, течения заболеваний (в случае если они диагностировались), операционных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну другим должностным лицам Оператора и должностным лицам страховой компании, указанной в полисе ДМС (при условии получения медицинских услуг по полису медицинского страхования), в интересах обследования и лечения.

Предоставляю право Оператору совершать все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией с использованием электронных носителей или 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 тайну (при условии получения медицинских услуг по полису медицинского страхования).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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.

Я согласен на предоставление Оператором информации о новых услугах, проводимых в ООО «Клиника ЛМС» акциях, мероприятиях и скидках для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения об услугах посредством электронной почты на мой e-mail

телефон,

Я согласен на предоставление Оператором информации о новых услугах, проводимых в ООО «Клиника ЛМС» акциях, мероприятиях и скидках для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения об услугах посредством смс оповещения на мой телефон