

Приложение №3 к договору.
**Согласие пациента на обработку персональных данных в
ООО «Мед-Ю-Клиник».**

Я, ¹ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

(далее - пациент), в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в ООО «Мед-Ю-Клиник» (Юридический адрес: 350065, г. Краснодар, ул. им. Валерия Гассия, дом 2, пом. 3101. ИНН/КПП 2312313041 / 231201001) - (далее Оператор) моих персональных данных и персональных данных моего ребенка/лица, законным представителем которого я являюсь (далее - пациент).

Все сотрудники медицинской организации ООО «Мед-Ю-Клиник» получают доступ к персональным данным пациента в процессе выполнения должностных (служебных) обязанностей.

Целью обработки персональных данных является улучшение состояния здоровья пациента, оказание эффективной медицинской помощи, предупреждение угрозы для жизни и здоровья пациента и окружающих его людей.

Перечень персональных данных пациента, на обработку которых он даёт согласие, включают:

1. Фамилию, имя, отчество.
2. Пол, дату и место рождения.
3. Адрес проживания, Контактный телефон.
4. Семейное положение.
5. Социальное положение.
6. Образование, профессия, финансовое состояние.
7. Реквизиты полиса ОМС (ДМС). Страховой номер индивидуального лицевого счета в пенсионном фонде России (СНИЛС).
8. Данные о состоянии здоровья пациента, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и всей информации, использованной при оказании медицинской помощи.
9. Другая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых пациент даёт согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:

1. Неавтоматизированная обработка персональных данных (на бумажных носителях). Включение в документацию, списки (реестры) и отчетные формы ООО «Мед-Ю-Клиник» и других учреждений, взаимодействие с которыми необходимо для постановки или уточнения диагноза и улучшение состояние здоровья пациента иными способами.
2. Автоматизированная обработка (с использованием средств автоматизации), в том числе: с передачей и без передачи по локальной сети; с передачей и без передачи по сети Интернет. Внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в документацию, списки (реестры) и отчетные формы ООО «Мед-Ю-Клиник» и других учреждений, взаимодействие с которыми необходимо для постановки или уточнения диагноза и улучшение состояние здоровья пациента иными способами.
3. Смешанная обработка персональных данных.

ООО «Мед-Ю-Клиник» может самостоятельно выбирать способы обработки персональных данных в зависимости от целей такой обработки и собственных материально-технических возможностей.

Передача персональных данных (моих и пациента) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, особо оговоренных законодательством РФ.

Настоящее Согласие действует со дня его подписания и до достижения указанных целей обработки персональных данных и последующих сроков хранения документов, установленных действующим законодательством РФ.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации, установленных законодательством Российской Федерации.

1. Один из родителей или иной законный представитель подписывает информированное согласие:

- до достижения пациентом пятнадцати лет;

- в отношении восемнадцатилетнего пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично на основании письменного личного заявления, путем направления документа по почте заказным письмом в адрес Оператора или вручения лично под расписку уполномоченному представителю Оператора.

Я проинформирован (проинформирована), что в случае отзыва мною данного Согласия, Клиника вправе продолжить обработку персональных данных (моих и пациента) при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Я, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

« ____ » _____ Г.
(дата оформления)

Расписался в моем присутствии: _____
(Должность, подпись, ФИО)