Приложение 3

к приказу «Об утверждения Положения
об обработке персональных
данных пациентов»

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных,
разрешенных пациентом для распространения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
проживающий_____
(место регистрации)
паспорт _____
(серия, номер, кем, когда выдан)
контактная информация _____
(номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес субъекта персональных данных)
_____

даю согласие на обработку своих персональных данных, разрешенных для распространения, указанных в пункте 1 настоящего согласия, ООО МК «Славити», 398002, г.Липецк, ул.Игнатьева Ф.С., д.32, ИНН 4826089786, ОГРН 1134827006049

1. Категории и перечень персональных данных, на обработку которых дается данное согласие:

персональные данные - фамилия, имя, отчество (при наличии), год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, семейное положение, образование, профессия, социальное положение, идентификационный номер налогоплательщика, адрес электронной почты, номер телефона, место работы;

специальные категории персональных данных – состояние здоровья: факт обращения за оказанием медицинской помощи, диагноз, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, данные объективного обследования, данные лабораторного и инструментального обследования, данные о лечении и о реабилитации, данные об интимной жизни;

биометрические персональные данные – фото/видеоизображение.

2. Я согласен(а) с тем, что мои персональные данные будут предоставлены неограниченному кругу лиц посредством:

- размещения на следующих информационных ресурсах медицинской организации: (адрес, состоящий из наименования протокола (http или https), сервера (www), домена, имени каталога на сервере и имя файла веб-страницы)_____;

- размещения на информационных стендах (стойках), объявлениях медицинской организации.

3. Я согласен(а) с тем, что мои персональные данные будут использованы в целях моего медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе, информирования медицинской организацией граждан, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности.

4. Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов (заполняется по желанию субъекта персональных данных)_____
_____;

5. Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (заполняется по желанию субъекта персональных данных)_____
_____.

Я ознакомлен(а) с тем, что обработка персональных данных включает в себя: получение, использование, накопление, обновление, передачу, хранение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Я предупрежден(а), что имею бесплатный доступ к моим персональным данным и право на полную информацию об их содержании.

Данное согласие может быть отозвано полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Мне известно, что в случае отзыва настоящего согласия оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, установленных действующим законодательством.

Настоящее согласие действует в течение _____ лет с момента подписания.

«_____»_____20 г. _____
(подпись, расшифровка подписи)