

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. Клиента)

проживающий (ая) по адресу (место регистрации):
паспорт: _____ выдан _____

в соответствии с требованиями федерального закона №152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» ст. 9, подтверждаю свое согласие на обработку
ООО «Медис» и ООО «Медис плюс», адрес: г. Иваново, ул. Парижской Коммуны, д.16 (далее - Оператор) моих персональных данных
и персональных данных _____

(Ф.И.О. Пациента)

в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, улучшения состояния здоровья, оказания эффективной медицинской помощи, предупреждения угрозы для жизни и здоровья, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные (свидетельство о рождении), контактный(е) телефон(ы), e-mail почту, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором услуг по настоящему договору я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения, передавать персональные данные третьей стороне в рамках договорных отношений по оказанию медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, согласно «Политике в отношении обработки персональных данных», с которой можно ознакомиться в свободном доступе в Клинике и на сайте www.ivmedis.ru.

Способ отзыва данного согласия – собственноручно подписанное заявление на имя Оператора об отзыве согласия на обработку персональных данных любым способом предусмотренным законодательством РФ.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных медицинских данных без согласия субъекта на основаниях, указанных в п. 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона.

Настоящее согласие действует 25 лет.

Число _____

_____/_____/_____
подпись расшифровка подписи

Согласие на получение информации

Даю своё согласие на получение от представителей/сотрудников ООО «Медис» и ООО «Медис плюс» информации:

о полной готовности результатов анализов; напоминания о времени приёма;

прошу предоставить дополнительную услугу Личный кабинет по использованию на сайте ООО "Медис" и ООО «Медис плюс». С "Правилами предоставления доступа в Личный кабинет", размещенными на сайте ООО «Медис» и ООО «Медис плюс», ознакомлен и согласен. Даю согласие на направление пароля на телефон, использую пароль для доступа и несу ответственность за его конфиденциальность и сохранность, а также все действия, которые будут осуществляться в Личном кабинете с использованием моего пароля и логина.

Информацию разрешаю направлять мне на телефонный номер: +7(_____) _____ - ____ - ____.

Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера.

Время рассылки с 09:00 до 22:00 по московскому времени. Услуга предоставляется бесплатно. Передача информации осуществляется автоматически и не имеет 100% гарантии доставки.

Я уведомлен о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путём направления отказа в свободной форме на e-mail: ivmedis@ivmedis.ru. Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течении 5 (пяти) рабочих дней с момента получения отказа.

Логин для регистрации и входа в Личный кабинет (адрес: www.ivmedis.ru): _/_/_

Число _____

_____/_____/_____
подпись расшифровка подписи

Согласие на получение информации (СМС-уведомления)

Я, _____
(Ф.И.О. Клиента)

Даю своё согласие на получение от представителей/сотрудников ООО «Медис» и ООО «Медис плюс» информации:

(Ф.И.О. Пациента)

о полной готовности результатов анализов; напоминания о времени приёма;

прошу предоставить дополнительную услугу Личный кабинет по использованию на сайте ООО "Медис". С "Правилами предоставления доступа в Личный кабинет", размещенными на сайте ООО «Медис», ознакомлен и согласен. Даю согласие на направление пароля на телефон, использую пароль для доступа и несу ответственность за его конфиденциальность и сохранность, а также все действия, которые будут осуществляться в Личном кабинете с использованием моего пароля и логина.

Информацию разрешаю направлять мне на телефонный номер: +7(_____) _____ - ____ - ____.

Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера.

Время рассылки с 09:00 до 22:00 по московскому времени. Услуга предоставляется бесплатно. Передача информации осуществляется автоматически и не имеет 100% гарантии доставки.

Я уведомлен о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путём направления отказа в свободной форме на e-mail: ivmedis@ivmedis.ru. Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течении 5 (пяти) рабочих дней с момента получения отказа.

Логин для регистрации и входа в Личный кабинет (адрес: www.ivmedis.ru): _/_/_

Число _____

_____/_____/_____
подпись расшифровка подписи

Уведомление по отзыву персональных данных

Настоящим заявлением я подтверждаю что выполняю процедуру отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных. При этом я ознакомлен, с тем что на основании ч. 1 ст. 21 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» оператор будет обязан прекратить их обработку, а в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления указанного отзыва. В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение срока в 30 дней оператор осуществляет блокирование таких персональных данных или обеспечивает их блокирование и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами.

Мне известно, что в случае уничтожения или блокирования моих персональных данных я не смогу получать платные медицинские услуги, поскольку в соответствии со статьей 13 «Соблюдение врачебной тайны», Статья 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства», Статьей 22 «Информация о состоянии здоровья» ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 г. № 88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство», Приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н «Об утверждении Порядка выдачи листов нетрудоспособности», обработка моих персональных данных является необходимой и оказание качественных медицинских услуг с соблюдением действующего законодательства невозможно.

Также я уведомлен, что после уничтожения или блокирования моих персональных данных я не смогу получить медицинские документы (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

Я уведомлен, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных»

«_____» _____ Г.
число месяц год

мною лично прочитано

подпись

фамилия имя отчество