

Согласие пациента на обработку персональных данных

г. Москва

дата

Я, _____ ФИО _____, _____ г. рождения

Адрес регистрации: _____

Паспортные данные: _____

Адрес электронной почты: support@seline.ru

Номер мобильного телефона: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие медицинской организации ООО «Селин Фармацевтик», ОГРН 5157746118602, ИНН 7702394380, адрес: г. Москва, Большой Кондратьевский переулок, д. 7, <https://seline.ru/> (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, состав семьи и данные о родственниках, образование, занимаемая должность, место работы, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС),

в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении)

а также фото/видео изображение физического лица (субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии), аудиозапись его голоса и видеозапись оказания ему в ООО «Селин Фармацевтик» медицинских услуг.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технологической возможности;

- для обеспечения сервиса напоминания о приеме Пациента у врача с помощью смс-сообщения, сообщений в мессенджерах, телефонных звонков или по электронной почте;

- Обработка данных о моем здоровье и биометрических данных может осуществляться в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, а также другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по

каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;

Обмен персональными данными между сотрудниками Оператора осуществляется по внутренней сети, которая обеспечивает доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников.

Передавать сведения, составляющие врачебную тайну, следующими способами:

- лично
- заказным письмом
- по электронной почте

Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Я согласен на получение от ООО "Селин Фармацевтик" в лице: администраторов клиники, лечащего врача и иных уполномоченных сотрудников, электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью информирования об оказываемых услугах, в том числе о подтверждении (отмене или изменении, напоминании) даты и времени записи на приём к врачу, о готовности результатов исследований.

Я согласен на получение от ООО "Селин Фармацевтик" сообщений в рекламно-информационных целях об услугах (сервисах) Общества (*персональных бонусах и подарочных скидках, включая праздничные условия ко дню рождения; уведомления о новых процедурах, специальных условиях и индивидуальных предложениях, сформированных с учётом интересов пациента, о направлении информации о специальных предложениях по процедурам и курсам, о закрытых мероприятиях для пациентов Клиники*)

Информация может направляться посредством SMS-сообщений, электронных писем, сообщений в мессенджерах, а также телефонных звонков.

Я подтверждаю, что указанные в настоящем согласии сведения (в том числе номера мобильного телефона и адреса электронной почты) являются достоверными и принадлежат мне (используются мной).

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я уведомлен(а) о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручить лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

(ФИО заявителя полностью)

(подпись заявителя)