

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ ФИО ПАЦИЕНТА

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

дата рождения 00.00.0000 проживающий по адресу: АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА

(дата рождения пациента)

(адрес регистрации пациента)

паспорт: серия 0000 № 000000 выдан КЕМ ВЫДАН ПАСПОРТ

дата выдачи 00.00.0000 телефон 8(000)0000000

☐ даю свое согласие

☐ не даю свое согласие

ООО «Мед Фарма», (адрес: Российская Федерация, 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-я Майская, 5/9, далее – «Оператор»), компаниям информационного партнерства и партнерам Оператора на обработку моих персональных данных в целях: оказания медико-профилактических услуг; установления диагноза; оказания медицинских услуг по проведению лабораторных исследований биологического материала (изготовлению анализов); информирования о состоянии моего здоровья; безопасности; постановки диагноза; функционирования различных сервисов сайта Оператора; технического сопровождения программных продуктов Оператора; предоставления данных в ЕГИСЗ.

Перечень персональных данных пациента: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес, данные документа, удостоверяющего личность, абонентский номер телефона.

В целях безопасности пациента, а также в целях оказания медицинских услуг в помещениях Оператора осуществляется видеосъемка, которая обрабатывается в соответствии с Политикой в области обработки персональных данных.

Оператор вправе осуществлять следующие действия с указанными выше персональными данными, как с использованием средств автоматизации, так и без таковых:

- сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, распространение, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, распространение, доступ);
- обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в базу данных, внесения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных;
- передачу (кроме распространения) моих персональных данных и/или поручение их обработки партнёрам ООО «Мед Фарма» при условии соблюдения ими конфиденциальности, обеспечения безопасности персональных данных при их обработке и применения мер по защите персональных данных в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с перечнем партнёров ООО «Мед Фарма», которым я разрешаю передачу (кроме распространения) моих персональных данных и/или поручение их обработки, расположенным на официальном сайте по адресу: <https://avenumed.ru/nashi-partnyery/>, в том числе с их наименованиями, адресами местонахождения, с целями, для которых указанным лицам могут быть переданы мои персональные данные или поручена их обработка, и с иными данными, размещёнными по указанному адресу.

Я согласен(на) с тем, что указанный перечень партнёров ООО «Мед Фарма» может быть изменён без изменения целей, для которых дано настоящее согласие, о чём ООО «Мед Фарма» известит меня путём внесения исправлений в информацию, расположенную по указанному адресу <https://avenumed.ru/nashi-partnyery/>

Настоящее согласие дано мной дата и действует бессрочно.

Согласие может быть отозвано мной, путем составления заявления в письменной форме и подачи Оператору либо путём направления письменного уведомления по адресу: 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-я Майская, 5/9.

ФИО ПАЦИЕНТА

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

✓

подпись

ДАТА

дата