

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1. Я, _____ (далее по тексту – «ПАЦИЕНТ») в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (далее по тексту – Согласие) **ООО «ИН ПРОМ МЕД»** (адрес местонахождения: 446026, Самарская обл., г.Сызрань, ул. Володарского, 62 А) (далее по тексту - «ИСПОЛНИТЕЛЬ»), включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; номер и серия основного документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, гражданство, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, фотографическое изображение, аудиозаписи телефонных разговоров, сведения о приобретенных товарах и оказанных услугах, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
2. Предоставляю «ИСПОЛНИТЕЛЮ» право обрабатывать мои персональные данные в целях соблюдения норм законодательства РФ, а также с такими целями как: заключение и исполнение договоров; информирование о новых товарах, услугах; подготовка индивидуальных предложений; ведение рекламной деятельности; соблюдение норм по охране труда, личной безопасности и сохранности имущества; контролирование количества и качества выполняемой работы; обеспечение пропускного режима.
3. В процессе предоставления «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» «ПАЦИЕНТУ» медицинских услуг «ПАЦИЕНТ» предоставляет право сотрудникам «ИСПОЛНИТЕЛЯ» передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «ИСПОЛНИТЕЛЯ», в интересах обследования и лечения «ПАЦИЕНТА».
4. «ПАЦИЕНТ» предоставляет «ИСПОЛНИТЕЛЮ» право осуществлять все действия (операции) с персональными данными «ПАЦИЕНТА», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе обрабатывать персональные данные «ПАЦИЕНТА» посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).
5. «ПАЦИЕНТ» даёт своё согласие на отправку ему результатов медицинских анализов и обследований по открытым и незащищенным каналам (электронной почте, указанной в реквизитах). О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации «ПАЦИЕНТ» предупрежден.
6. «ПАЦИЕНТ» даёт своё согласие на отправку ему «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» сообщений рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, а также другой информации и разрешает «ИСПОЛНИТЕЛЮ» в рекламных целях использовать любые средства связи, в том числе по электронной почте, SMS, MMS, Viber, WhatsApp, Telegram.
7. «ПАЦИЕНТ» согласен с тем, что в помещении «ИСПОЛНИТЕЛЯ» проводятся открытая и скрытая видеосъемка с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при оказании медицинских услуг, в том числе для фиксации сложных клинических случаев и протоколирования медицинских вмешательств, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» гарантирует «ПАЦИЕНТУ», что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ», не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ» на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.
8. «ПАЦИЕНТ» информирован и согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» оставляет за собой право на фото- и видеосъемку (фото- и видеопотоколирование) «ПАЦИЕНТА» в до и постманипуляционный период для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса проводимого лечения, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях. «ПАЦИЕНТ» согласен, что его отказ от проведения фото- и видеопотоколирования снимает ответственность с «ИСПОЛНИТЕЛЯ» за эстетический результат предоставленных услуг и подтверждает, что «ПАЦИЕНТ» не имеет претензий к эстетической составляющей предоставленных ему услуг в связи с отсутствием визуального подтверждения динамики проводимого лечения. «ПАЦИЕНТ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» самостоятельно определяет сюжет фото- и видеосъемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. «ПАЦИЕНТ» согласен, что

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, продолжительность их использования и способы их редактирования. «ПАЦИЕНТ» согласен, что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует письменного согласия «ПАЦИЕНТА» на обработку биометрических данных.

9. Срок хранения персональных данных «ПАЦИЕНТА» составляет пять лет.
10. В целях, указанных в п. 2. настоящего Соглашения, «ПАЦИЕНТ» соглашается на передачу персональных данных в организации, с которыми у «ИСПОЛНИТЕЛЯ» заключен Договор взаимного сотрудничества. «ПАЦИЕНТ» признает и подтверждает, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных п. 2. настоящего Соглашения целей, «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе в необходимом объёме передавать персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие персональные данные «ПАЦИЕНТА». В прочих случаях передача персональных данных «ПАЦИЕНТА» иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия «ПАЦИЕНТА», за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.
11. Настоящее согласие дано «ПАЦИЕНТОМ» и действует бессрочно.
12. «ПАЦИЕНТ» оставляет за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено «ПАЦИЕНТОМ» в адрес «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю «ИСПОЛНИТЕЛЯ».
13. В случае получения письменного заявления «ПАЦИЕНТА» об отзыве согласия на обработку персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате предоставленных «ПАЦИЕНТУ» до этого медицинских услуг.

РЕКВИЗИТЫ «ПРЕДСТАВИТЕЛЯ»

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/ _____

Адрес регистрации: _____

Документ, подтверждающий полномочия: _____

Подпись Представителя: _____ (_____)
(Подпись) (Фамилия, инициалы)

РЕКВИЗИТЫ «ПАЦИЕНТА»

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/ _____

Адрес регистрации: _____

« _____ » _____ 20 ____ г.