СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(для пациентов ООО «Архи - Мед»)

1. В соответствии с Федеральным законом от 26.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также статьёй 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, нижеподписавшийся(-аяся):
Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____
Дата рождения: «___» _____ 20__ г. Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
Дата выдачи: «___» _____ 20__ г., Код подразделения: _____-_____,
Адрес регистрации: _____,
Контактный телефон: _____, E-mail: _____,

даю согласие на обработку моих персональных данных в целях:
- оказания мне медицинской помощи и сопутствующих услуг;
- постановки диагноза, назначения лечения и контроля за состоянием здоровья;
- ведения медицинской документации;
- взаимодействия со страховыми медицинскими организациями (в рамках ОМС/ДМС);
- направления на дополнительные исследования (в том числе в сторонние лаборатории);
- проведения научных исследований и статистической обработки данных (в обезличенной форме);
- выполнения требований законодательства РФ (включая отчётность в фонды ОМС, Росздравнадзор и др.).
-формирования и направления в Федеральную налоговую службу (ФНС России) документов, необходимых для получения социального налогового вычета по расходам на медицинские услуги (включая справки об оплате медицинских услуг по установленной форме).

Категории моих персональных данных, на обработку которых даётся согласие:
1. Фамилия, имя, отчество;
2. Дата и место рождения;
3. Пол;
4. Гражданство;
5. Адрес регистрации и проживания;
6. Контактная информация (телефон, e-mail);
7. Данные документа, удостоверяющего личность;
8. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС);
9. Информация о состоянии здоровья, диагнозах, результатах обследований, медицинских заключениях, истории болезни (включая биометрические и генетические данные при наличии);
10. Данные о трудовой деятельности (при необходимости);
11. Иные данные, необходимые для оказания медицинской помощи.
12. Данные о произведенной оплате медицинских услуг.

2. Оператор персональных данных:
Полное наименование медицинской организации: ООО «Архи - Мед» (далее — Оператор)
Адрес: г. Магнитогорск, ул. Гагарина, 32
ИНН 7444050197
ОГРН 1047420003366

3. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даётся согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (включая передачу страховым компаниям, лабораториям, другим медицинским организациям при направлении), обезличивание, блокирование,уничтожение. Передача в электронной форме через оператора электронного документооборота с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи Оператора"

4. Срок действия согласия: до достижения целей обработки или до момента отзыва мной настоящего согласия. Согласие остаётся действительным после моей смерти в части, необходимой для защиты моих прав и законных интересов, а также интересов моих родственников и третьих лиц, в порядке, установленном законом.

5. Передача персональных данных третьим лицам осуществляется:
- в рамках договоров с лабораториями, диагностическими центрами, другими медицинскими организациями;
- в страховые медицинские организации (при наличии полиса ОМС/ДМС);
- государственным органам в случаях, предусмотренных законодательством РФ (Росздравнадзор, ФФОМС, ИФНС и др.)

6. Меры безопасности: оператор обеспечивает защиту моих персональных данных в соответствии с требованиями ФЗ-152, включая применение организационных и технических мер, направленных на предотвращение их несанкционированного доступа, уничтожения, изменения, блокирования, копирования.

7. Права субъекта персональных данных:
Я имею право:
- получать информацию о своих персональных данных, обрабатываемых у Оператора;
- требовать уточнения, блокирования или уничтожения своих персональных данных;
- отозвать настоящее согласие в любой момент в письменной форме.

8. Порядок отзыва согласия:
Настоящее согласие может быть отозвано путём подачи заявления в письменной форме в адрес Оператора. Отзыв согласия не влияет на законность обработки, проведённой до его отзыва.

9. Я подтверждаю, что сведения, указанные мной в настоящем согласии, являются достоверными. Я ознакомлен(а) с политикой обработки персональных данных Оператора.

«___» _____ 20__ г.
Подпись: _____ / _____ / (Ф.И.О. полностью)