

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, (далее – Лицо), в соответствии с требованиями Статьи 9 Федерального закона от 27. 07. 2006г.

«О персональных данных» № 152-ФЗ и Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 327 от 23 августа 1999г. «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)», даю свое согласие ООО «Наркологический центр доктора Марыныч», 34004, г. Ростов-на-Дону, ул. 3-я Кольцевая, 58А (далее - Оператор) на обработку своих персональных данных, указанных при оформлении заявки на сайте Центра с целью исполнения обязательств по договору для оказания мне платных медицинских услуг для обработки моего заказа, заявки или любого другого способа обращения в центр (далее Заказ), и коммуникации со мной в рамках обработки моего Заказа, а также иных сопряженных с этим целей в рамках действующего законодательства РФ и технических возможностей Центра.

Перечень моих персональных данных, которые я разрешаю обрабатывать: фамилия, имя, отчество возраст, (дата и год рождения), регистрация (место жительства), паспортные данные, профмаршруты, профвредности, вредные привычки, наследственность, перенесенные заболевания, данные объективного обследования, лабораторные исследования, перечень лечебных мероприятий и диагностических обследований (результатов), сделанных ранее, до обращения в Центр, результаты тестов, проведенных психологом (психотерапевтом).

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 моих интересах, обследования и лечения. Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные неавтоматизированным способом. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет - для стационара, пять лет - для поликлиники.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие данное мной действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги (помощи).