

Образец согласия на обработку персональных данных и сведений, отнесённых к врачебной тайне

Я,

_____ (ФИО),
Паспорт _____ (серия, номер),
выдан _____ (кем, дата выдачи),
зарегистрированный
по адресу _____,
Фактический адрес проживания:
_____,
Контактный номер телефона _____,
Email: _____

На основании

_____ (степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента) являясь **законным представителем** Пациента _____ (ФИО) _____ (дата рождения), свидетельство о рождении _____ (№, дата) или паспорт _____ (серия, номер), выдан _____ (кем, дата выдачи), зарегистрированный по адресу _____, Фактический адрес проживания: _____,

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных моих персональных данных Пациента Оператором — ООО «ВИАМ», свидетельство о присвоении ИНН 4 632200428, ОГРН 1154632001897, серия 46 № 001782683 выдано ИФНС России по г. Курску, место нахождения: 305 029 г. Курск ул. Хуторская 12 Г; лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-46-01-001429 от 02.10.2015 года.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных моих и Пациента и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг Пациенту, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора, но не ограничиваясь: «1С:»), относящихся к состоянию здоровья Пациента, необходима для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг, а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, контактный (е) телефон (ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.