Приложение №2

к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Согласие

на обработку персональных данных.

Я,_____

в рамках Договора от «__»_____20___г.., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Клиника Караулова» (далее Клиника) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право сотрудникам центра, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинского центра, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее Согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной на адрес фактического расположения Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия на обработку персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон домашний: _____

Телефон мобильный: _____

Электронная почта: _____

Дата: «___»_____20____г. Подпись: _____ /_____/