

ООО «Поларклиник»
Лицензия № Л041-01163-51/04207182 от 23.01.26
Адрес: г. Мурманск, ул. Скальная, д. 25, пом. 2

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ дата рождения: _____, паспорт/ иной документ: _____, серия: _____, номер: _____, выдан _____ г _____,

код подразделения: _____

прописанный (ая) по адресу: _____

проживающий (ая) по адресу: _____

телефоны: _____

адрес электронной почты: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных Граждан.

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель-нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

ФИО
пациента _____

дата рождения: _____ г
паспорт/ иной документ _____
серия: _____ номер: _____
выдан _____

код подразделения: _____

прописанный (ая) по адресу: _____

проживающий (ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку Оператором – Общество с ограниченной ответственностью «Поларклиник» (ООО « Поларклиник»), место нахождения: город Мурманск, улица Скальная, дом 25, помещение 2, ОГРН 1245100002762, персональных данных Пациента, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), извлечение, передачу (предоставление, распространение, доступ), использование, обработку, посредством внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, договору, заключенному Оператором с Заказчиком или медицинским учреждением-соисполнителем, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и хранения сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе и на электронных носителях с использованием средства автоматизации и без них, включающих фамилию, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность (паспорт гражданина РФ или иного документа удостоверения личности); реквизиты документа, удостоверяющего личность; гражданство; адрес регистрации и проживания; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); личный номер телефона, номера телефонов указанных мною контактных лиц; контактный адрес электронной почты; занимаемую должность, сведения о трудовой деятельности (период работы, наименование организации, сфера деятельности, должность, функциональные обязанности, сведения об образовании, квалификации, специальности, переподготовке, реквизиты полиса ОМС/ДМС, информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, перенесенных операциях, сведений о беременности и родах, ранее назначенном лечении и лекарствах, противопоказаниях и аллергиях; заключений врачей; результатах анализов и дополнительных исследований; выписок из медицинской карты, в том числе электронной, и иную информацию, полученную при обследовании и лечении и иную информацию в рамках лечения и связанного с ним.

Я подтверждаю свое согласие на обработку Оператором персональных данных Пациента, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов, с целью информирования о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, в целях проведения маркетинговых и статистических исследований программ, в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов и с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки, а также для оказания услуг по средствам телемедицины использования

информационных и телекоммуникационных каналов связи, с возможностью аудио, видео, фото фиксации оказываемой телемедицинской консультации и хранения записи.

Я подтверждаю, что указанный в настоящем согласии номер мобильного телефона, является достоверным и принадлежит мне (Пациенту) на основании надлежащего договора об оказании услуг связи, а адрес электронной почты зарегистрирован на мое имя (имя Пациента) и используется мною (Пациентом).

Я ознакомлен и даю согласие на то, что при обработке персональных данных они могут передаваться по незащищенным (открытым) каналам связи. Я ознакомлен с тем, что передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

Настоящим подтверждаю согласие на передачу мне информации, касающейся моего здоровья, в том числе результатов обследований, назначений, заключений, рекомендаций и иной медицинской информации в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет): электронной почты, SMS, мессенджеров (Telegram, MAX и др).

Я понимаю, что передача медицинской информации с использованием указанных средств связи может не гарантировать полной конфиденциальности, и осознаю все риски, связанные с возможной утечкой персональных данных, несанкционированного доступа третьих лиц к используемому мною электронному устройству и приложениям, к каналам передачи информации операторов сотовой связи. Ответственность за сохранность полученной информации после её передачи через указанные каналы связи, а также за передачу третьим лицам, несанкционированный доступ, несет пациент, использующие указанные средства связи.

В процессе оказания ООО «Поларклиник» медицинских услуг предоставляю право ООО «Поларклиник» передавать номера контактных телефонов, e-mail и поручать хранение и обработку моих персональных и медицинских данных (включая врачебную тайну) другим операторам территориальным фондам ОМС, Заказчику медицинской услуги по договору с Оператором Федеральному бюджетному учреждению науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва, ул. Новогиреевская 3а), а также медицинской информационной системе (МИС) Renovatio (ООО Реновацио Софт, г Санкт- Петербург, Большой проспект П.С., дом 19А/Б, офис 300). ООО «Поларклиник» не несет ответственность за утечку персональных данных если это не доказанно или произошло по вине должностных лиц и лиц взаимодействующих.

Я уведомлён, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Настоящее согласие дано с даты подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который должен быть вручен лично под роспись представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

1. прекратить обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи,

2. по истечении срока хранения моих персональных данных, установленного законодательством РФ, уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

(Заполняется при отказе от одного или нескольких перечисленных в согласии действий путем указания «Я отказываюсь от»)

Дата _____ г. Подпись: _____ /
(ФИО)