

## Согласие на обработку персональных данных

Я, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных» и статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", далее именуемый/ая "Субъект персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «СТАТУСКЛИНИКАДМИТРОВ», 141800, Московская область, Дмитровский муниципальный округ, г.Дмитров, мкр.А.Маркова, 31А, далее именуемым "Оператор", включающих:

- 1) фамилия, имя, отчество; 2) пол; 3) дата рождения; 4) гражданство;
- 5) данные документа, удостоверяющего личность; 6) место жительства; 7) место регистрации;
- 8) дата регистрации; 9) анамнез; 10) диагноз; 11) сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
- 12) вид оказанной медицинской помощи; 13) условия оказания медицинской помощи;
- 14) сроки оказания медицинской помощи; 15) объем оказанной медицинской помощи;
- 16) результат обращения за медицинской помощью; 17) сведения об оказанных медицинских услугах;
- 18) примененные стандарты медицинской помощи;
- 19) сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу;
- 20) контактный телефон, адрес электронной почты; 21) СНИЛС,

в целях оказания мне медицинских услуг и исполнения Договора предоставления платных медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне медицинских услуг и исполнения Договора предоставления платных медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими и иными организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ.

Настоящее согласие 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 предоставления отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.