

Заявление о согласии на обработку персональных данных ООО КИМТ «Ангио плюс»

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г № 152-ФЗ

« О персональных данных» подтверждаю свое согласие Клинике инновационных медицинских технологий « ООО Ангио плюс» (далее клиника Ангио плюс), находящемуся по адресу, 420012, г. Казань, ул. Курашова д. 20 на сбор, обработку, использование и хранение данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания медицинской помощи.

1 . Дата рождения _____ 2. Пол _____

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации _____

(почтовый адрес по месту регистрации , контактные телефоны)

5 . Адрес фактического проживания _____

(почтовый адрес фактического проживания)

6 . Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса добровольного медицинского страхования (при наличии)-

Также согласен (сна) на использование данных 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, обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам ООО КИМТ «Ангио плюс», передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО КИМТ «Ангио плюс», несущим ответственность за защиту конфиденциальной информации, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ООО КИМТ «Ангио плюс» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уточнение, распространение, уничтожение.

ООО Ангио плюс вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, Центральный архив медицинских изображений, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по договорам (ДМС)

ООО КИМТ «Ангио плюс» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в информационной системе (по договорам ДМС) 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность данных.

Срок хранения моих персональных – до письменного отзыва предоставленного права.

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

Настоящее согласие дано мной _____ (дата формирования заявления) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО Ангио плюс (указан выше) по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку.

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

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического пребывания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____

(число , месяц , год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11 . Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность представленных сведений (предупрежден (а).

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации (амбулаторного приема) и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (а)

Подпись заявителя _____/_____/_____