

Согласие на обработку персональных данных

Я _____
(ФИО законного представителя) проживающий(ая) по адресу: _____,
_____, паспортные данные: серия и номер паспорта _____,
_____, дата выдачи _____, выдавший орган _____
являясь
законным представителем _____

_____ (ФИО Пациента), проживающего(ей) по адресу: _____,
_____, паспортные данные (при наличии): серия и номер паспорта _____,
_____, дата выдачи _____, выдавший орган _____

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Аденте», ОГРН 1217700162118, адрес места нахождения: 109542, город Москва, улица Хлобыстова, д. 10, к. 1, помещ. 1/1 (далее – Оператор) персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество; пол; дату, месяц и год рождения; адрес места жительства / фактического проживания, контактный(е) телефон(ы); электронный адрес (e-mail); реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), а также специальную категорию персональных данных (сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, присвоенной группе здоровья, иная информация медицинского характера) для взаимодействия и информирования при оказании медицинских услуг по договору;

_____√
фото и видео с изображением субъекта персональных данных без цели идентификации личности и запись голоса для контроля за качеством оказания медицинских услуг;

_____√
фамилию, имя, отчество; пол; дату, месяц и год рождения, СНИЛС, а также специальную категорию персональных данных (сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, присвоенной группе здоровья, иная информация медицинского характера) для исполнения требований по передачи сведений в государственные информационные системы в сфере здравоохранения

_____√
Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, следующим лицам: Федеральная налоговая служба, Социальный Фонд России, иным государственным органам. Для целей информирования, в том числе направления сервисных оповещений, обработка персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты, месяца и года рождения, контактного телефона) поручается сервисам Забота 2.0 (АНО «Забота 2.0», ИНН 9703130024), IDENT (ООО «Айидент», ИНН 7839410875), «Амо CRM» (Акционерное общество «АмоСРМ», ИНН 7709477879).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие действует до исполнения Оператором всех обязательств перед субъектом персональных данных или до даты направления субъектом персональных данных отзыва согласия на обработку персональных данных. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором письменного уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Законный представитель пациента:

_____√ / _____
(ФИО) (подпись)