

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, проживающая по адресу \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статей 9,10 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Профит Медика», расположенного по адресу: 150022, Ярославская область, г. Ярославль, ул. Чернопрудная д.37, помещ. 1 (далее - Центр) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес электронной почты, ИНН, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), (данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медикопрофилактических 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, а так же специалистам по работе с клиентами, управляющему главному врачу, заместителю главного врача по врачебной комиссии ООО «Профит Медика». Разрешаю распространять эти данные в целях не превышающих объемы лечения.

В процессе оказания Центром мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Центра в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Центру право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, ранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Центр 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 (документов) по договором ДМС и ОМС.

Центр имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от (санкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок ранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законом РФ.

Настоящее Согласие дано мной и действует бессрочно/до \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть, заполнить). Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Центра. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Центр обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Перечень данных, на которые я устанавливаю запрет на распространение

Данную информацию я разрешаю направлять мне на E-mail: \_\_\_\_\_ мобильный телефон \_\_\_\_\_

Предоставляю ООО «Профит Медика» право использовать фото и видео материалы в рекламных целях.

Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера и электронного почтового ящика

Я уведомлён (на), что в любой момент могу отказаться от рассылки путём направления письменного отказа в свободной форме на E-mail:

[profit\\_medika@mail.ru](mailto:profit_medika@mail.ru) Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения письменного отказа.

В случае моей гибели/смерти разрешаю предоставить мои персональные данные \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись ФИО)