

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
СНИЛС _____ телефон _____
Документ удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____
Выдан _____ «__» _____ года
адрес места регистрации (с индексом): _____
адрес электронной почты (при наличии) _____

Раздел заполняется:

- законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
- законным представителем лица, признанного недееспособным,
- представителем по доверенности (иному документу).

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных полностью)
СНИЛС _____ телефон _____ Документ удостоверяющий личность _____
серия _____, номер _____, Выдан «__» _____ года,
адрес места регистрации (с индексом): _____
реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «РЭМСИ Диагностика Рус» (далее - Оператор) моих персональных данных или персональных данных субъекта, представителем которого я являюсь, в целях оказания медицинских услуг, а именно:

- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места регистрации и фактического места жительства, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), место работы/учебы, данные паспорта (или другого документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС/ДМС, СНИЛС,
- данные 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, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право сотрудникам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, систематизацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в информационных системах Оператора, а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов; либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в ООО «Рэпси Диагностика Рус», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и вышестоящими организациями, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Оператору (ФСС РФ, ПФР и др.), с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Цели обработки Оператором персональных данных субъекта персональных данных:

- исполнение договора возмездного оказания медицинских услуг, в том числе с участием иных медицинских организаций при оказании медицинских и иных услуг на условиях соисполнительства;
- проведение телефонного опроса субъекта персональных данных, а также опроса субъекта персональных данных по электронной почте или с помощью sms-сообщений, мессенджеров (по каналам Viber, WhatsApp, Telegram и иных любых), в том числе, но не ограничиваясь, об удовлетворенности Пациента и (или) Заказчика, или Законного представителя Пациента, или Представителя Пациента качеством и уровнем организации и оказания медицинских и иных услуг Оператора;
- обработка персональных данных в электронных медицинских информационных системах с использованием машинных носителей информации, по каналам связи;
- осуществление контроля правильности оформления юридически значимых документов с Пациентом и (или) Заказчиком, или Законным представителем Пациента, или Представителем Пациента;
- направление результатов анализов, исследований, заключений специалистов, иной информации о состоянии здоровья Пациента по электронной почте или с помощью мессенджера (по каналам Viber, WhatsApp, Telegram и иных любых), указанным Пациентом и (или) Заказчиком, или Законным представителем Пациента, или Представителем Пациента;

- онлайн запись к Оператору через сайт самого Оператора, по телефону Оператора или с помощью мессенджеров (по каналам Viber, WhatsApp, Telegram и иных любых); а также онлайн записи к Оператору через сайты третьих лиц, запись к Оператору с привлечением третьих лиц, оказывающих услуги по записи у Оператора; обобщение и анализ информации о субъекте персональных данных, размещенной им в сети Интернет, с целью получения информации о новых характеристиках и предпочтениях (социальном и поведенческом портрете) субъекта персональных данных;
- направление информационных сообщений об Операторе или иной информации, необходимой для оказания медицинских и иных услуг, а также таргетирования рекламных сообщений (таргетированная реклама – реклама, направленная на пользователя и построенная на основе анализа его предпочтений); сбора информации о субъекте персональных данных, которую он опубликовал в сети Интернет; реализации маркетинговых программ, а также для информирования субъекта персональных данных об акциях Оператора; направления сообщений рекламного и информационного характера.

Настоящим я даю свое согласие на получение информации об услугах Оператора в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте), с помощью мессенджеров (по каналам Viber, WhatsApp, Telegram и иных любых) и телефону на указанный мною номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мною номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне, а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Я проинформирован и согласен:

- согласно п. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», обработка специальных категорий персональных данных, указанных в части 1 статьи 10, допускается при отсутствии согласия пациента в случаях, если: обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- о том, что электронная почта, телефон, мессенджеры (каналы Viber, WhatsApp, Telegram и иные любые) являются ненадежными каналами передачи данных, не защищаются Оператором. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику, телефону, мессенджерам третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

В соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» Оператор вправе передавать мои персональные данные (персональных данных представляемого мною лица) в ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, в связи с целями, не указанными в настоящем согласии, может осуществляться только с моего письменного согласия. Исключения составляют основания, указанные в законодательстве, при наличии которых получение предварительного согласия не требуется.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку по истечении установленного законодательством срока в течение 30 календарных дней. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся медицинской документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

Настоящее согласие дано мной _____ и срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

(подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)