ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

Фамилия, имя, отчество заполняется собственноручно

_____

Адрес (по месту регистрации) _____

_____

Паспорт: серия, № _____

Выдан: орган/дата _____

_____

далее – «Субъект персональных данных», в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю **своё добровольное согласие** на обработку обществом с ограниченной ответственностью "Ассоль", Россия, Нижегородская область, г. Бор, ул. Интернациональная, 31, ОГРН 102520153040, ИНН 5246003850 (далее – «**Оператор**»), моих персональных данных, данных _____, представителем которого я являюсь, включающих:

- фамилию, имя, отчество,
- год, месяц, дата и место рождения;
- свидетельство о гражданстве (при необходимости);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- идентификационный номер налогоплательщика, дата постановки его на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе (при необходимости);
- номер свидетельства обязательного пенсионного страхования, дата регистрации в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
- адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания;
- почтовый и электронный адреса;
- номера телефонов;
- фотографии;
- сведения об образовании, профессии, специальности и квалификации, месте работы
- данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, оформления договорных отношений при условии, что их обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, с которым подписано обязательство о неразглашении конфиденциальной информации.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться Оператором путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных, а именно сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (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 (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС 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 несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор имеет право передачи моих персональных данных при обмене информацией с медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах,

в целях оказания медицинской помощи с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну и персональные данные.

Доверяю Оператору передачу персональных данных представителю без доверенности

_____

(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт серия _____ № _____ выдан «__» _____ г. _____,

(кем выдан

проживающий по адресу: _____

действующий от имени субъекта персональных данных на основании _____

_____

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

Передача моих персональных данных, информации, являющейся врачебной тайной иным лицам или в иных случаях может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я понимаю, что существуют случаи, когда передача персональных данных осуществляется без моего согласия в силу прямого указания закона.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 2025 года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего заявления в простой письменной форме, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством РФ. Персональные данные уничтожаются Оператором: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

Я понимаю, что оказание мне медицинской помощи невозможно без обработки моих персональных данных.

С «Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Ассоль» **ознакомлен.**

Контактный телефон(ы) _____

Подпись субъекта персональных данных \/_____(_____)

Согласие на взаимодействие с учреждением по электронным каналам связи

Я,

_____

(Ф.И.О. пациента)

прошу Вас осуществлять взаимодействие по получению и отправке информации (в т.ч. о состоянии моего здоровья, о результатах медицинских исследований) по электронной почте:

_____

(адрес электронной почты)

Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов (исследований) ООО «АССОЛЬ» ответственности не несет.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

ФИО _____ подпись \/_____ «_ » _____ 2025 г.