

Акционерное общество «МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР»
ОГРН 1027739378347 ИНН 7706119265 КПП 770901001
Юридический адрес: 101000, г. Москва, переулок Колпачный, дом 4, стр. 3, комн. 1
Фактический адрес: 127055, г. Москва, улица Сушевская, дом 27, стр. 2
Тел/факс 8(495)-221-36-63

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____, по месту регистрации _____, паспорт (серия и номер) _____, выдан (дата) _____, (название выдавшего органа) _____, в

соответствии с требованиями статей 9-10 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в АО «МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (далее ДМС) (при его наличии), 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС (при наличии полиса 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 профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (Письмо Минздрава России от 07.12.2015 N 13-2/1538 "О сроках хранения медицинской документации").

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

Настоящее согласие дано мной _____, дата _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____
Подпись субъекта персональных данных _____