

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных (в том числе специальных) данных

Я: _____
(Ф.И.О. полностью)

Паспорт серия _____, номер _____

Выдан _____

Проживающий (ая) по адресу (как в паспорте): _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие ООО «АФОРРА-РЕЗОРТ» (далее- Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): 298500, Российская Федерация, Республика Крым, г. Алушта, улица Набережная, д. 25, и представителям Оператора на обработку моих персональных данных (данные моего ребенка) (Ф.И.О. полностью)

Включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью,- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему ребенку), медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

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), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара, 5 лет- для поликлиники или частной медицинской организации).

Срок действия настоящего согласия- бессрочно. Способ отзыва согласи- путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребенку) до этого медицинской помощи и хранить в течении 5 лет, а после этого, сдать в архив или уничтожить.

_____ (дата дачи согласия)

_____ (подпись и расшифровка субъекта персональных данных)