

Согласие на обработку персональных данных

Я, также даю свое согласие на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: Общество с ограниченной ответственностью "Медицинский центр СитиМед", Юридический адрес:424006, Марий Эл Респ, Йошкар-Ола г, Карла Маркса ул, дом 140

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, 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, другая информация.

Перечень действия с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иных действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата: _____

Главный врач _____ Шашкова М. В.

Заказчик _____ (_____)