МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ПАРАЦЕЛЬС

ООО «ПАРАЦЕЛЬС»
Юридический адрес: 141303, Российская Федерация, Московская область, Сергиево-Посадский городской округ, город Сергиев Посад, проспект Красной Армии, дом 212а/1, помещение 4/20, ком. 22
Фактический адрес: 141310, Российская Федерация, Московская область, Сергиево-Посадский городской округ, город Сергиев Посад, проспект Красной Армии, дом 212а/1
Тел.: 8(496)551-6666, administrator@parasels.ru, www.parasels.ru

СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ, СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

Я, ПАЦИЕНТ, _____
(Ф.И.О. полностью)
Гражданин_____ пол (М/Ж): _____дата рождения: _____
(страна)
место рождения: _____
паспорт:_____выдан:_____
(серия и номер) (когда и кем)
_____код подразделения:_____
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
фактически проживающий(ая) по адресу:_____
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)
контактные телефоны: _____ E-mail:_____
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)

или законный представитель пациента (далее – Представитель пациента):

Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА, _____
(Ф.И.О. полностью)
Гражданин_____ пол (М/Ж): _____дата рождения: _____
(страна)
место рождения: _____
паспорт:_____выдан:_____
(серия и номер) (когда и кем)
_____код подразделения:_____
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
фактически проживающий(ая) по адресу:_____
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)
контактные телефоны: _____ E-mail:_____
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города) на основании: _____
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)
представляющий интересы Пациента: _____
(Ф.И.О. пациента полностью)
Гражданина _____пол (М/Ж): _____дата рождения: _____
место рождения: _____
паспорт:_____выдан:_____
(серия и номер) (когда и кем)
_____код подразделения:_____
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
фактически проживающий(ая) по адресу:_____
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующим Операторам:

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ПАРАЦЕЛЬС

ООО «ПАРАЦЕЛЬС»
Юридический адрес: 141303, Российская Федерация, Московская область, Сергиево-Посадский городской округ, город Сергиев Посад, проспект Красной Армии, дом 212а/1, помещение 4/20, ком. 22
Фактический адрес: 141310, Российская Федерация, Московская область, Сергиево-Посадский городской округ, город Сергиев Посад, проспект Красной Армии, дом 212а/1
Тел.: 8(496)551-6666, administrator@parasels.ru, www.parasels.ru

Обществу с ограниченной ответственностью «ПАРАЦЕЛЬС» (ООО «ПАРАЦЕЛЬС»), ОГРН 1085038004853, ИНН 5042099544, адрес (место нахождения): РФ, Московская область, город Сергиев Посад, проспект Красной Армии, дом 212А/1, далее по тексту – Оператор.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований, обеспечения информационной безопасности и соответствия требованиям регуляторных органов в сфере здравоохранения.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора, но не ограничиваясь: «Медиалог», «Инфоклиника», «Smartmed», «Microsoft Dynamics CRM, Microsoft BI, а также с использованием телемедицинских технологий и специализированного программного обеспечения для медицинских учреждений), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг Оператором, 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).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, включая генетические данные и биологические образцы) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «ПАРАЦЕЛЬС» в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Оператором способов обработки:1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО «ПАРАЦЕЛЬС» и лицам, входящих в ООО «ПАРАЦЕЛЬС», в том числе дочерним компаниям и аффилированным лицам ООО «ПАРАЦЕЛЬС», а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора: ООО «ПАРАЦЕЛЬС»; Департамент здравоохранения города Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, ИНН 7707089084; Министерство здравоохранения московской области, 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, ИНН 5000001162; Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 127994, г. Москва, Вадковский переулок, дом 18, строение 5 и 7, ИНН 7707515984; ООО «Лаборатория Гемотест», 107045, г. Москва, Рождественский Бульвар, д. 21, стр. 2, ИНН 7709383571; ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, 3А, ИНН 7720024671; а также ООО Медметрикс; ИП Конинский; Независимая лаборатория «ИНВИТРО»; АО Лабквест лаборатория; ООО Вита Лонга; 6) блокирование; 7) уничтожение.

Оператор также 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 ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ПАРАЦЕЛЬС

ООО «ПАРАЦЕЛЬС»
Юридический адрес: 141303, Российская Федерация, Московская область, Сергиево-Посадский городской округ, город Сергиев Посад, проспект Красной Армии, дом 212а/1, помещение 4/20, ком. 22
Фактический адрес: 141310, Российская Федерация, Московская область, Сергиево-Посадский городской округ, город Сергиев Посад, проспект Красной Армии, дом 212а/1
Тел.: 8(496)551-6666, administrator@parasels.ru, www.parasels.ru

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ, включая сроки архивного хранения медицинской документации в соответствии с приказами Минздрава РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами:1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий, включая применение сертифицированных средств защиты информации и регулярный аудит систем безопасности.

Пациент/Представитель пациента: _____
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата «_____»_____20__г.

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **настоящим заявляю о своем согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну третьим лицам Обществом с ограниченной ответственностью «ПАРАЦЕЛЬС» (далее – Медицинская организация) сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя или в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь**, в том числе данных о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, а также разрешаю Медицинской организации предоставление (передачу) медицинской документации, связанной с состоянием моего здоровья или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, включая, но не ограничиваясь, копии медицинской карты, выписку из истории болезни и т.д., следующим лицам:

_____
/ФИО гражданина, название юридического лица, которому передается информация о состоянии здоровья, медицинская документация, контактный телефон/

Передачу сведений, составляющих врачебную тайну, разрешаю осуществлять указанным выше лицам следующими способами:

лично;

заказным письмом (указать адрес); _____**;**

по электронной почте (указать адрес) _____**.**

Мне разъяснено, что Медицинская организация не может гарантировать и не гарантирует доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинской организацией, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц.

Медицинская организация не отвечает за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента: _____
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата «___»_____20 ___ г.

* Договор на оказание медицинских услуг, заключенный с Пациентом/Представителем пациента/Страховой компанией