

СОГЛАСИЕ

Я, нижеподписавшийся _____ на обработку персональных данных _____

проживающий по адресу (по месту регистрации) _____
фамилия, имя, отчество _____

Паспорт № _____ дата выдачи _____

название выдавшего органа _____
подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дангист» моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), 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 - 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 ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со _____ медицинской организацией _____ и территориальным фондом

ОМС с использование 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 (медицинской карты) и составляет = двадцать пять лет=.

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

Настоящее согласие подписано мной « _____ » _____ 20 _____ г. и бессрочно.

Я оставляю за собой право отзывать 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(е) телефон(ы) _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Настоящее согласие возможно иному _____ в _____ 20__ г. с действительностью
осуществляется только в отношении персональных данных
Где-либо иное использование персональных данных иными лицами или иными способами не допускается.

Срок хранения моих персональных данных составляет _____ лет
профессиональную тайну _____

Обработка моих данных осуществляется _____ организацией
ОМС с использованием компьютерных технологий для целей связи с другими лицами и/или
организациями _____ и/или _____

ОМС (по поводу ОМС) на обмен (в том числе) между организациями
данных (организации) по ОМС (по поводу ОМС): _____

Обработка моих данных по вопросам своих обязательств по выплате в системе
обязательного медицинского страхования (ОМС) осуществляется _____ в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации
и/или _____

Организатор вправе обрабатывать мои персональные данные исключительно в целях
обеспечения качества медицинского обслуживания, оказания медицинской помощи
исключительно в целях оказания медицинской помощи _____

Предоставление информации, содержащей все персональные данные, с которыми
является связанной, должно осуществляться _____

Организатор _____

Организатор _____

Организатор _____

Организатор _____