

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____
« ____ » _____ года,
телефон _____,
адрес места регистрации (с индексом): _____,
адрес электронной почты (при наличии) _____

Этот раздел заполняется только в отношении Законного представителя несовершеннолетнего лица или лица, признанного недееспособным
Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
Документ удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____
« ____ » _____ года,
телефон _____,
адрес места регистрации (с индексом): _____
адрес электронной почты (при наличии) _____
являюсь законным представителем несовершеннолетнего лица или лица, признанного недееспособным:
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего лица или лица, признанного недееспособным – полностью, год рождения)

в соответствии со статьями 6, 9, 10, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон «О персональных данных»), со статьями 13, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), принимая во внимание, что оказание мне (представляемому мной) медицинских услуг связано с обработкой специальной категории персональных данных, касающихся состояния здоровья, а также сведений, составляющих врачебную тайну, свободно, своей волей и в своем интересе выражаю полное, безоговорочное и однозначное согласие на обработку персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «Доктор рядом» (ОГРН 1027739819898, ИНН 7715211034, зарегистрированный по адресу 107076, город Москва, Краснобогатырская ул., д. 44, стр. 1, помещ. X часть ком. 21а, эт.3) (далее – Оператор) а также его аффилированными лицами, и/или иными лицами, входящими с ним в одну группу (совместно именуемые – Операторы, Сеть клиник НИАРМЕДИК)¹ на следующих условиях:

1. Перечень обрабатываемых персональных данных:

1.1. Общая категория персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- номер телефона (домашний, рабочий, мобильный);
- адрес электронной почты;
- сведения паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер документа, дата выдачи, кем выдан);
- дата рождения;
- место рождения;
- семейное положение;
- образование;
- пол;
- СНИЛС;

Здесь и далее под терминами «Сеть клиник НИАРМЕДИК» понимаются следующие входящие в одну группу лиц юридические лица: ООО «Доктор рядом» (ОГРН1027739819898), ООО «МК Доктор рядом» (ОГРН 1157746867464), ООО «Хорошее настроение» (ОГРН 1137746423979), АО «НМС» (ОГРН 1047796105170), ООО «БерканаМедика» (ОГРН 1167746741359), ООО «Орхидея» (ОГРН 1104025002300), ООО «ОК «НИАРМЕДИК – ДОКТОР РЯДОМ» (ОГРН 1197746740718).

Субъект персональных данных _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка, ФИО)

- ИНН;
- адрес проживания и/или адрес регистрации;
- сведения о наличии и категории льгот;
- место работы/учебы (адрес; наименование и организационно-правовая форма/ФИО; ОГРН/ОГРИП),
- номер полиса ОМС (если применимо);
- номер полиса ДМС (если применимо);
- наименование страховой организации (если применимо).

1.2. Специальная категория персональных данных:

- личный анамнез: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о беременности (для женщин), о всех перенесенных ранее или имеющихся в настоящее время заболеваниях (в том числе, но не ограничиваясь, аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и др.), сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контактах с инфекционными больными;
- сведения об оказанных медицинских услугах;
- сведения о медицинских вмешательствах;
- рекомендации медицинских работников;
- снимок; жалобы; сведения о лечении; форма лица; сведения об обследованиях; данные рентгеновских лабораторных исследований; вид исследования;
- сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи;
- сведения о состоянии здоровья и диагнозе;
- иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

2.В отношении персональных данных, указанных в пункте 1 настоящего Соглашения на обработку персональных данных (далее по тексту – Соглашение), я даю согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем соглашении.

2.1.Я согласен, что Оператор поручает обработку персональных данных, что в целях, указанных в пункте 3 настоящего Соглашения, может осуществляться организациями согласно **Приложению № 1 к настоящему Соглашению**, а также страховой организацией (если применимо), с которой у Оператора заключен договор об оказании мне медицинских услуг при заполнении Субъектом персональных данных формы согласно **Приложению № 2 к настоящему Соглашению**.

При этом, в случае если Оператор поручает обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

3. Настоящее Соглашение дано в целях:

- 3.1.заключение, исполнение и прекращение со мной (в отношении представляемого) договоров оказания платных медицинских услуг;
- 3.2.оказание мне (представляемому мной) платных медицинских услуг, взаимодействия для исполнения договора оказания платных медицинских услуг, том числе, но, не ограничиваясь, идентификации, записи на прием к лечащему врачу, заказа и приобретения медицинского изделия, отражения сведений о состоянии здоровья в медицинской документации, предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг;
- 3.3.обеспечение безопасности сотрудников Оператора и моей безопасности;
- 3.4.рассмотрение конфликтов, стороной которых я являюсь;
- 3.5. проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне;
- 3.6. информирование с помощью средств связи, в том числе путем направления SMS-сообщений/или сообщений в мессенджерах и/или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования);
- 3.7.выдача справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации;
- 3.8.выполнение требований законодательства в сфере здравоохранения и иных предусмотренных действующим законодательством РФ.

4. Я ознакомлен (а) и согласен (а) с тем, что для достижения целей обработки, указанных в настоящем Соглашении:

4.1.Предоставление медицинской документации для целей оценки качества медицинской помощи либо оказания юридических услуг при получении моей претензии в связи с исполнением или ненадлежащим исполнением обязательств по договору оказания платных медицинских услуг между мной и Оператором не является нарушением врачебной тайны со стороны Оператора.

4.2.В случае несовпадения Заказчика и Потребителя в одном лице и отсутствии у Заказчика правового статуса законного представителя Потребителя, по договору оказания платных медицинских услуг между мной и Оператором, **я своей волей и в своем интересе даю согласие Оператору передавать информацию Заказчику об объеме и стоимости запланированного и проведенного лечения Заказчику по его требованию.**

Субъект персональных данных _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка, ФИО)

4.3. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

5. Я проинформирован о том, что номер телефона, предоставленный мной, зарегистрирован на меня и использован мной для регистрации для предоставления сервисов, указанных в пункте 3.2 настоящего Соглашения, со стороны Оператора исключительно мне.

6. Передача моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

7. Настоящий пункт заполняется в случае требования Субъекта персональных данных направлять сведения, составляющую врачебную тайну, с помощью открытых каналов передачи данных:

7.1.1. Я _____ прошу осуществлять информирование с помощью указанных мной в настоящем пункте собственноручно средств связи (SMS-сообщений и/или письма на электронную почту и/или посредством мессенджеров) о мероприятиях, связанных с оказанием мне или представляемому мной лицу медицинской помощи, в т. ч., но не ограничиваясь: запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования.

Указанный адрес электронной почты также может быть использован для направления справок об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы, а также фискальных документов (в т. ч. кассовых чеков), сформированных в соответствии с законодательством о применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации, направления ответов на мои письменные обращения/жалобы/досудебные претензии и иных сведений, составляющих врачебную тайну, отправки ссылки на результаты лабораторных, инструментальных и иных исследований (за исключением исследований на ВИЧ-инфекцию) (при технической возможности).

☐ **Согласен на получение информации по «SMS» /в мессенджерах (WhatsApp, Telegram, Max и т.д.) _____ (указать номер телефона)**

☐ **Согласен на получение информации по email _____ (указать адрес электронной почты)**

Я подтверждаю, что контактный адрес электронной почты, номер телефона, указанный в согласии, является достоверными, принадлежит мне.

Я информирован о том, что защита передачи сообщений осуществляется в рамках ФЗ «О связи» от 07.07.2003 № 126-ФЗ.

Я предупрежден, что при передаче моего телефона третьим лицам, а также отсутствия пароля на нем, может быть компрометация информации, полученной по вышеуказанному номеру телефону.

Я предупрежден (а) о возможных рисках, существующих при отправке информации по электронной почте, SMS-сообщений или посредством мессенджера, которые являются ненадежными открытыми каналами передачи данных:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к конечному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);
- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);
- повреждения файлов.

Я проинформирован(а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается Оператором. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Условием прекращения передачи персональных данных по открытым каналам связи является получение Оператором моего письменного отзыва о прекращении передачи персональных данных по открытым каналам связи.

Я своей волей и в своем интересе даю согласие Оператору на передачу мне информации об услугах по открытым каналам связи _____ (подпись)

7.1.2. Дополнительно, я своей волей и в своем интересе даю согласие Оператору осуществлять информирование на условиях, указанных в пункте 7.1.1 настоящего Соглашения, следующих лиц (указать при необходимости): _____

(Ф. И. О. полностью, контактный телефон)

☐ **Согласен на получение информации по «SMS» /в мессенджерах (WhatsApp, Telegram, Max и т.д.) _____ (указать номер телефона)**

☐ **Согласен на получение информации по email _____ (указать адрес электронной почты)**

(подпись)

8. Настоящий пункт заполняется в случае согласия на получение информации Оператора для продвижения товаров, услуг:

Я подтверждаю свое согласие на получение информации об услугах, оказываемых Сетью клиник НИАРМЕДИК, проводимых ею акциях, их стоимости, в виде sms-сообщений и сообщений посредством средств связи, указанных далее:

Субъект персональных данных _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка, ФИО)

- ☐ **Согласен на получение рекламной информации по «SMS»/ в мессенджерах (WhatsApp, Telegram, Max и т.д)**
_____ (указать номер телефона)
- ☐ **Согласен на получение рекламной информации по email»** _____ (указать адрес электронной почты)
- ☐ **Не согласен на получение рекламной информации**
_____ (подпись)

9. Мною были заданы представителю Оператора все интересующие меня вопросы, касающиеся содержания настоящего документа и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения.

10. Я проинформирован(а) о возможности отзыва согласия на основании положений Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» путем личного обращения или направления письменного обращения в свободной форме заказным письмом с уведомлением о вручении в адрес Оператора.

11. Сроки обработки и хранения: Согласие действует с даты его предоставления Оператору, срок обработки до достижения целей оказания платных медицинских услуг и прекращения договора платных медицинских услуг, но не менее 5 лет. Срок хранения соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет.

12. Порядок уничтожения: ответственным лицом оператора уничтожаются персональные данные субъекта персональных данных с составлением соответствующего акта.

Дата _____

Субъект персональных данных _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка, ФИО)