THERAPY SURGERY CLINIC

ООО «ТС Клиника»
350015 г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 офис 91
ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____,
зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность серия: _____ номер: _____ выдан: _____
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях оказания мне платных медицинских услуг и ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «ТС Клиника»**, расположенным по адресу: 350015, г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 пом. 91 (далее – Оператор ПДн), моих персональных данных**,** включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные (номер, дата и выдавший орган), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, производить и фиксировать антропометрические данные — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. Обработка персональных данных осуществляется оператором ПДн, оказывающим медицинские услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01126-23/00369648 от 23.11.2020 г., являющегося лицом, обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором ПДн мне медицинских услуг я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных смешанным способом.
- обработку моих персональных данных посредством внесения их в локальную электронную базу данных Оператора ПДн.
- во исполнение обязательств Оператора ПДн по договорам оказания платных медицинских услуг в рамках полисов ДМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией осуществляющей мое добровольное медицинское страхование, с использованием бумажных 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.
- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора ПДн, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных носителей, а также по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора ПДн, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
- передачу моих персональных данных, в том числе, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну в адрес организаций, проводящих лабораторные, гистологические и иные виды исследований, при условии, что данные организации и учреждения являются лицами, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я согласен, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты амбулаторного больного) и составляет двадцать пять лет.

В целях осуществления контроля и улучшения качества оказываемых медицинских услуг я даю согласие на получение смс-сообщений с NPS-вопросами, рассылок о проведении Оператором акций, уведомлений о появлении новых услуг, информировании о записи на прием и т.д.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с «Положением о защите персональных данных пациентов ООО «ТС Клиника».

Настоящее согласие дано мной «____»_____._____г. и действует бессрочно.

Я понимаю, что Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной по письменному заявление в адрес Оператора ПДн.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 ст. 6, части 2 ст. 10 и части 2 ст.11 ФЗ №152 от 27.07.2006г.

Подпись субъекта персональных данных_____ _____
расшифровка подписи

Tsclinic