

**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: серия _____ номер _____ когда и кем выдан _____
_____ 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)

дата рождения: _____ место рождения: _____

паспорт: серия _____ номер _____ когда и кем выдан _____

_____ 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:

Степень родства _____

Документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента

Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента представляющий интересы: _____

Пациента: _____ (Ф.И.О. полностью)

гражданин пол (М/Ж): _____

дата рождения: _____ (страна) место рождения: _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

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) следующему Оператору:

Обществу с ограниченной ответственностью «Ланта» (ООО «Ланта»), ОГРН 1022701130088, ИНН 2722027615, адрес (место нахождения): РФ, 680009, г. Хабаровск, проспект 60-летия Октября 204, оф. 214. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-27-01-002765 от 22 мая 2019 г., выдана министерством здравоохранения Хабаровского края, Юридический и почтовый адреса: 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32, тел.: +7(4212) 402-000.

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. Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных, 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 компаниями, входящими в систему обеспечения работы Оператора, 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, данные о факте временной или стойкой утраты трудоспособности) — 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 «Ланта» 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 Операторами способов обработки:

1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, 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 «Ланта», а также по защищенным каналам связи 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: Министерство здравоохранения Российской Федерации (оператор Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения), Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации (оператор Единого портала государственных услуг), ПАО «Ростелеком», ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, ООО «Программный стиль» (оператор лабораторной информационной системы «RuLIS» и медицинской информационной системы, используемых в ООО «Ланта»), Хабаровское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации (отделение по Хабаровскому краю и ЕАО), Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования;
- 6) обезличивание;
- 7) блокирование;
- 8) уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные на бумажных носителях; посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), с использованием и без использования средств автоматизации; смешанным способом. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом обязательного медицинского страхования. В рамках контрольно-надзорных мероприятий Оператор имеет право на передачу моих персональных данных министерству здравоохранения Хабаровского края, Управлению Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаровскому краю, Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Хабаровскому краю и Еврейской автономной области

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет. Срок действия настоящего согласия – бессрочно. 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 персональным данным, 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 Операторам 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 обязаны 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.

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 Общественностью с ограниченной ответственностью «Ланта» (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 Медицинским организациям 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:

1. лично;
2. заказным письмом (указать адрес) _____;
3. по электронной почте (указать адрес) _____;

Я выражаю свое согласие на отправку мне медицинской документации, включая результаты моих исследований, на указанный мною адрес электронной почты по незащищенным каналам связи, в том числе на трансграничную передачу данных. Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента: _____

ФИО полностью: _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

