



ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»
344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, т. (863)235-87-77
346735 Российская Федерация, Ростовская область, Аксайский район, п. Верхнетемерницкий,
ул. Обсерваторная 38 т. (863) 280-10-80

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018 г.,
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области
(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1ой Конной Армии, 33 тел.(863) 242-42-14)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество — полностью)
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»,
паспорт: серия _____ № _____ Выдан (кем, когда) _____,
_____ ,
проживающий(ая) по адресу: _____

Телефон: _____ ,

выражаю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (далее - «Оператор»), адрес: 344068, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях ведения истории взаимоотношений с Пациентом.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи Пациент предоставляет право медицинским работникам передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам Оператора в интересах его обследования, лечения и использовать информацию о состоянии здоровья при осуществлении научной деятельности.

Пациент предоставляет Оператору право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные без использования средств автоматизации, а также с их использованием, посредством внесения их в электронную базу данных и автоматизированные программные комплексы, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также в Договор на оказание медицинской помощи в целях автоматизации процесса оказания медицинских услуг, автоматизированной работы с медицинской отчетностью и ведения истории взаимоотношений с Пациентом.

Оператор имеет право при необходимости осуществлять запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Оператор имеет право осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с организацией – исполнителем медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору оказания платных медицинских услуг и в целях автоматизации процесса обработки данных, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления Пациента об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Также даю свое согласие Оператору на хранение копий документа удостоверяющего личность, страхового полиса, СНИЛС в целях оказания мне медицинских услуг, оформления медицинской документации и в целях подтверждения достоверности информации, содержащейся в оригиналах указанных документов, а также для подтверждения оказанной услуги для Территориального фонда ОМС.

Срок обработки персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Пациента. Настоящее согласие действует на срок обработки персональных данных, установленных настоящим Согласием.

Пациент оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Пациенту до этого медицинской помощи, кроме случаев, установленных законом;

б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все персональные данные Пациента из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления об этом Пациента.

Дата _____
Подпись _____ (Ф.И.О.)

Законный представитель несовершеннолетнего субъекта персональных данных: согласен (согласна).

Дата _____
Подпись _____ (Ф.И.О.)

