Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий (ая) по адресу _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
г. рождения, проживающего (ей) по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

свободно, своей волей и в своем интересе.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

ООО "Гармония" (ИНН 2630046304, 357202, Ставропольский край, Минераловодский р-н, Минеральные Воды г, 22 Партсъезда пр-кт, дом 12), далее - ООО "Гармония".

Цель обработки персональных данных:

Обработка персональных данных необходима в целях оказания медицинской помощи, а также в целях направления мне Оператором указанной в настоящем согласии информации.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: Фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; возраст; пол; СНИЛС; номер телефона; документ удостоверяющий личность (тип документа, серия, номер дата выдачи, кем выдан); гражданство; социальный статус; место работы; место учебы; должность; адрес прописки; адрес проживания; полис ОМС (серия и номер, дата действия); номер договора; ЛПУ прикрепления; полис ДМС (серия и номер, дата действия); сведения об оплате; медицинские сведения: анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; номер листка нетрудоспособности; сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; иные сведения, необходимые медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных, с помощью которых можно идентифицировать субъекта персональных данных_____
_____.
(дополнительные ПДн, подлежащие обработке)

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться с применением средств автоматизации, а также без применения таких средств, с фиксацией персональных данных на бумажных носителях.

Перечень действий с персональными данными, осуществляемые при обработке: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача (распространение, предоставление, доступ), в том числе в открытом виде с <u>применением</u> <u>открытых каналов связи, блокирование, уничтожение персональных данных.</u>
(ненужное вычеркнуть)

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Срок действия настоящего согласия – до момента отзыва настоящего согласия. Отзыв согласия осуществляется на основании: письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, оформленного согласно типовой форме отзыва согласия на обработку персональных данных, утв. ООО "Гармония".

- ликвидации ООО "Гармония".

Я также выражаю согласие на получение рекламных и/или информационных сообщений по каналам электросвязи (в том числе посредством подвижной радиотелефонной связи) следующими способами доставки: текстовое сообщение (SMS) на указанный мной и принадлежащий мне номер мобильного телефона, рассылка посредством мессенджеров, голосовой обзвон, рассылка на указанный мной и принадлежащий мне адрес электронной почты.

Подпись субъекта:

_____20__г. _____
(Ф.И.О.) (подпись)