

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, Субъект персональных данных, а в случае, если Субъектом персональных данных (Потребителем) является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, то Заказчик (фамилия, имя, отчество, адрес, данные основного документа, удостоверяющего личность (номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе) Потребителя и Заказчика, а также реквизиты документа, подтверждающего полномочия Заказчика, представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора, неотъемлемой частью которого является настоящее Соглашение), даю информированное и добровольное согласие на обработку ООО «АЙМЕД ЛАБС» (ОГРН: 1192036000342; юридический адрес: 364024, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. им. С. Ш. Лорсанова, зд. 25А, офис 213) (далее – «Оператор»), моих (Потребителя) персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения); место жительства; место и дата регистрации; данные полиса ОМС; СНИЛС; контактные телефоны, адрес электронной почты; а также медицинские сведения, необходимые для оказания услуг в рамках Договора, в объеме, не превышающем установленного законодательством РФ.

Настоящим даю согласие на передачу информации, содержащей мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая результаты анализов и исследований, а также биологического материала, полученного в процессе оказания медицинских услуг, в партнерские лаборатории, сторонние лаборатории-исполнители и иные медицинские организации, в том числе в рамках обмена информацией, необходимой для оказания медицинской помощи.

Указанные третьи стороны обязаны обеспечивать надлежащую защиту передаваемых данных и соблюдение врачебной тайны в соответствии с законодательством Российской Федерации, включая Федеральные законы №152-ФЗ и №323-ФЗ.

Мне известно, что без моего (законного представителя) письменного согласия не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Обработка моих (Потребителя) персональных данных осуществляется:

- с целью: предоставления медицинской помощи Потребителю, исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг, в том числе оказания Потребителю медицинских услуг;
- путем совершения следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;
- следующими способами: с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации;
- в течение следующего срока (срок, в течение которого действует настоящее Соглашение): в течение срока действия Договора и (или) иного срока, установленного действующим законодательством РФ, в том числе по охране здоровья, или до момента утраты необходимости в их достижении.

Медицинская документация хранится в течение сроков, предусмотренных законодательством об охране здоровья граждан.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной (Потребителем) посредством составления 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 отзыва Субъектом настоящего Соглашения Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Субъекта персональных данных только в случаях, предусмотренных федеральными законами, в том числе для целей архивного хранения медицинской документации в соответствии с законодательством

На основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на передачу сведений, составляющих мою врачебную тайну (о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении), документов, содержащих мою врачебную тайну.

РАЗРЕШАЮ НАПРАВЛЯТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И ИНУЮ ИНФОРМАЦИЮ, СВЯЗАННУЮ С ОКАЗАНИЕМ УСЛУГ И СОДЕРЖАЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ НА НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА И/ЛИ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:



Я проинформирован(а) и даю отдельное согласие на то, что для выполнения исследований, указанных в Бланк-заказе, мои персональные данные, биоматериал и контактная информация передаются в лабораторию-партнера (указана в Приложении № 4 к Договору).

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что уведомление о готовности (SMS) и отправка результатов на указанный мной адрес электронной почты (e-mail) будут осуществлены информационной системой партнерской лаборатории с использованием адреса электронной почты Оператора (Исполнителя). Я принимаю на себя риски, связанные с возможным нарушением конфиденциальности при передаче информации по электронной почте в незашифрованном виде, и осознаю, что данный способ выбран мной добровольно.

Я даю согласие на передачу персональных данных, включая результаты исследований и сведения, составляющие врачебную тайну, следующим третьим лицам:

► [] **Для пациентов по ДМС:** являясь застрахованным лицом, даю согласие на передачу копий первичной медицинской документации в страховую медицинскую организацию, заключившую в мою пользу (в пользу представляемого мною лица) договор на предоставление платных медицинских услуг с Исполнителем, в целях проведения медико-экономической экспертизы и осуществления расчетов за оказанные мне услуги. Я проинформирован(а) и согласен(на), что передача данных осуществляется по электронной почте.

► [] **Обмен данными с партнерской клиникой:** выражаю согласие на передачу результатов моих лабораторных исследований в электронную медицинскую информационную систему клиники-партнера (указана в Приложении № 4 к Договору) в целях обеспечения преемственности лечения в отношении исследований, назначенных врачами указанной клиники.

Также, действуя свободно, своей волей и в своем интересе, в соответствии с Федеральным законом от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе», я:

[] **ДАЮ СОГЛАСИЕ ОПЕРАТОРУ НА НАПРАВЛЕНИЕ МНЕ СООБЩЕНИЙ РЕКЛАМНОГО И ИНФОРМАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА ОБ УСЛУГАХ, АКЦИЯХ, СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЯХ И НОВОСТЯХ ОПЕРАТОРА.**

Пожалуйста, отметьте [✓] удобные для Вас способы получения такой информации:

[] По электронной почте: на адрес _____

[] В мессенджерах: на номер телефона _____

[] Посредством телефонных звонков: на номер телефона _____

Я подтверждаю, что данное согласие на получение информационных и рекламных сообщений является добровольным и его непредоставление не влияет на оказание мне медицинских услуг, я могу в любое время отозвать данное согласие путем направления Оператору письменного заявления или воспользовавшись функцией отписки в полученном сообщении (при наличии).

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что ознакомлен(а) с Политикой обработки персональных данных ООО «АЙМЕД ЛАБС», размещенной на сайте <https://imed-labs.ru> и/или на информационном стенде Оператора, и согласен(на) с ее положениями.

В случае если Потребителем является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Потребителя действует Заказчик - Законный представитель.

Субъект персональных данных (Потребитель): _____ / _____

(подпись)

(расшифровка подписи)