ООО "Клаб Мед" (Официальный партнер АО «ЛАБ КВЕСТ)
ИНН: 9701191180 КПП: 770101001 ОГРН: 1217700596080
Адрес: Московская обл. г. Истра, д.Захарово ул. Заречная д.45А стр.10
Лицензия Л041-01162-50/00639357 от 30.01.2023
Сайт: Тел: +7(495)2361326

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152 -ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных моих персональных данных Пациента ОБЩЕСТВОМ С ОГР АНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «КЛАБ МЕД» (далее – Оператор).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных моих/Пациента и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико -профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико - социальных услуг Пациенту, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию здоровья Пациента, необходима для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровь я или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг, а также медицинскими учреждениями -соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (е -mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места регистрации, биометрические и паспортные данные, социальное положение, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях , случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах в виде sms -сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною 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/законного представителя, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носител е); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемым и услугами; 5) передача по защищенным каналам связи (на машинных носителях) Оператора с целью обеспечения оплаты и учета медицинских услуг, оказанных Пациенту Оператором, в том числе привлеченным медицинским специалистам для обеспечения работы врачебной комиссии и системы внутреннего контроля качества; 6) блокирование; 7) уничтожение.

Оператор также вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

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 и персональным данным Пациента, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения 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 и прав Пациента; 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки персональных данных своих и Пациента.

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 е-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к обрабатываемым персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан 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.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора оказания медицинских услуг, заключенного с оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Пациент/Законный представитель пациента:

Кухарчук Екатерина Юрьевна _____ _____

(подпись/Ф.И.О.

Номер контактного телефона: +79200000000

Адрес электронной почты: null

Законный представитель - за пациента _____

Дата: «11» марта 2024 г.