

Согласие

на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных: _____,

(ФИО субъекта полностью)

основной документ, удостоверяющий личность:

_____ (наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган)

зарегистрированный по месту жительства: _____

_____ (адрес регистрации по месту жительства)

даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных ООО «Эйчди Клиник» (далее - оператор), находящемуся по адресу: 119517, г. Москва, ш. Аминьевское, дом 6, помещение 2Н, в целях:

- обеспечения соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения;
- обеспечения своевременного рассмотрения в полном объеме устных и письменных обращений граждан, а также уполномоченных органов;
- продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи, направление рекламно-информационных материалов, сведений об оказанной медицинской помощи, уведомлений, запросов и иной информации;
- осуществления медицинской и иной деятельности, предусмотренной Уставом; в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг; защита жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц;
- информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи, в том числе передача страховым организациям в рамках добровольного медицинского страхования, передача сведений о результатах лабораторных, клинических и иных исследований;
- улучшения качества обслуживания и проведение маркетинговых программ, статистических исследований;

- размещения (публикации) фото- и видеоматериалов в сети Интернет, в том числе соц. сетях, интернет-видеоканалах, а кроме того, на телеканалах, на бумажных носителях (афиши, плакаты, журналы тематической направленности и др);
- осуществления информационного обеспечения предоставление услуг посредством сети «Интернет»;

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; социальное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; сведения о состоянии здоровья; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица; данные о страховой медицинской организации; дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования, дата регистрации в качестве застрахованного лица в субъекте Российской Федерации; статус застрахованного лица (работающий, неработающий); номер полиса добровольного медицинского страхования; сведения о медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь; виды оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объемы оказанной медицинской помощи; стоимость оказанной медицинской помощи; диагноз; профиль оказания медицинской помощи; сведения об оказанной медицинской помощи и о примененных лекарственных препаратах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь; результат обращения за медицинской помощью; результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, фото-видео изображение лица, IP-адрес; данные cookie-файлов; геолокация.

а также: _____

(указать дополнительные персональные данные)

Разрешаю оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящее согласие действительно в течение всего периода работы ООО «Эйчди Клиник». Субъект персональных данных вправе отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом оператора.

Согласие _____

(«подтверждаю»/ «не подтверждаю» прописью)

_____ (ФИО субъекта полностью)

_____ (подпись)