

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____ выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю своё согласие ООО «ПлюсУльтра» (торговое название «AllWhite») – именуемому далее Оператор, расположенному по адресу: Российская федерация, 129626, г. Москва, Проспект Мира, д. 102, стр. 31, согласие на обработку своих персональных данных.

Согласие дается мной в отношении обработки следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; адрес регистрации; адрес места жительства; СНИЛС; реквизиты полиса ОМС/ДМС; диагноз; данные о состоянии здоровья.

Я предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищенному каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я предоставляю Оператору право на обмен (приём и передачу) всеми моими персональными данными, со страховыми организациями, территориальным фондом ОМС, Министерством Здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с Министерством Здравоохранения г. Москвы, а также с иными подведомственными Министерству Здравоохранения г. Москвы медицинскими организациями, с использованием машинных носителей или по защищенным каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление всех действий (операции) с моими персональными данными, включая их систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать мои персональные данные и моего подопечного посредством внесения их в электронную базу данных, внесения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление указанных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения документов, установленному действующим законодательством РФ.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только лишь с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор прекращает их обработку, за исключением случаев, предусмотренных ч. 1 ст. и ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что сведения, указанные мною в настоящем согласии, соответствуют фактическим сведениям.

Оператор не несет ответственности, если предоставленные мною сведения, не могут обеспечить надлежащее исполнение обязанностей Оператором.

Настоящее согласие дано « ____ » _____ года и действует бессрочно.

(подпись)

(расшифровка подписи)