

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных, полностью)

основной документ, удостоверяющий личность, Паспорт: _____

(вид, номер, серия, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе)

Проживающий по адресу: _____

(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

даю согласие на обработку моих персональных данных, а также персональных данных субъекта (далее также ПД) ООО МЦ «Диагноз» (далее Оператор), адрес юридического лица: РФ, 454138, Челябинская обл., г. Челябинск, пр-т Комсомольский, 43-в, **в целях:**

-установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг (как перечисленных в дополнительных соглашениях, актах, об оказании медицинских услуг, в том числе уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания медицинских услуг, предусмотренных дополнительным соглашением и актом);

-поддержания/повышения качества, удобства и/или доступности услуг, в том числе организации электронного документооборота.

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

-о состоянии моего здоровья/здоровья субъекта (в том числе сведения о факте обращения за медицинской помощью);

-сведения, характеризующие меня/субъекта как субъекта гражданских правоотношений: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; возраст; адрес места жительства; адрес регистрации; реквизиты документа удостоверяющий; гражданство; степень родства; телефон; адрес электронной почты; СНИЛС; реквизиты полиса ДМС; место работы, учебы; должность (профессия); семейное положение; диагноз, шифр заболевания по МКБ; сведения о состоянии здоровья; сведения о медицинских процедурах и лекарственных назначениях; результаты лабораторных исследований; результаты осмотра специалистов.

Перечень действий с персональными данными: на совершение которых я даю согласие оператору на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения:

-сбор, запись, систематизация, накопление, уточнение ПД (обновление, изменение), использование (в том числе в целях уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания медицинских услуг, посредством телефонной связи, продвижения работ и услуг на рынке (если дано согласие на получение рекламных и/или иных информационных материалов в Договоре) путём осуществления СМС-рассылок и/или иными способами с использованием и/или без использования сетей радиотелефонной связи и/или иных сетей связи и/или автоматизированной обработки ПД (автоматизированная обработка ПД осуществляется оператором с использованием средств вычислительной техники);

-хранение (как на бумажных носителях, так и/или с использованием автоматической системы хранения и обработки данных),

-включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами договора, регламентирующими предоставление отчетных данных а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ, в том числе: внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые оператором (в том числе путем считывания информации с магнитной ленты банковской карты субъекта);

-**передачу** (предоставление, доступ), в том числе по средством электронной связи ПД третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора (при условии соблюдения режима конфиденциальности), выполнению оператором иных обязательств, принятых на себя в рамках Договора и/или проводимых оператором мероприятий, направленных на продвижение рекламы, работ и услуг на рынке, поддержание /повышение качества, удобства и/или доступности услуг в целом, а также операторам связи, лицам, осуществляющим обработку оплаты по Договору, совершенной с использованием платёжных банковских карт, операторам платёжных систем, при условии, что такое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства РФ, а равно предоставление ПД лицу, осуществляющему оплату медицинских услуг по Договору, в случае если оплата медицинских услуг по Договору осуществляется за меня/субъекта юридическим лицом, включая страховые компании по добровольному медицинскому страхованию (ДМС): АО «СОГАЗ» (107078г. Москва, проспект Академика Сахарова, дом 10); АО «АльфаСтрахование» Челябинский филиал (454080, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Труда, д. 156); САО «ВСК (121170г. Москва, ул. Островная, д.4); ООО «Лучи здоровья» (121205, г. Москва, Территория Сколково Инновационного центра, ул. Нобеля, д.7, эт. 2, пом. 8 рм 3); СПАО «РЕСО-Гарантия» (454021 г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, 88 стр. 3); ООО «Группа Ренессанс Страхование» (115114 г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22); ООО "Зетта Страхование жизни" (115184, г.Москва, ул.Озерковская наб., дом №30); ОСАО «Ингосстрах» (117997, Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2); ООО «ПСБ Страхование» (115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 71, стр. 3); ООО «СК»ТИТ» (115088, г. Москва, 2 ой Южнопортовый проезд, д.18, стр. 8); ООО «СК «Согласие» (129110, г. Москва, ул. Гиляровского, дом 42); АО ГСК «Югория» (628011, ХМАО-Югра, г.Ханты-Мансийск, ул. Комсомольская, д. 61); АО «Совкомбанк страхование» (125284, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Беговой, пр-кт Ленинградский, д. 35 стр. 1.); АО «СК ГАЙДЕ» (191119, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 108, литер А);

а так же для выполнения лабораторных анализов:

ООО «ИНВИТРО-Урал» (454091, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Российская, д. 275),

ООО «ИНВИТРО» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1, помещ.1),

ООО «ИНВИТРО СПб» (196105, г. Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 18, лит. А),

ООО «ИНВИТРО-Сибирь» (630049, Новосибирская обл., г. Новосибирск, пр-т Красный, д. 218/2),

ООО «ИНВИТРО-Эксперт» (115409, г. Москва, Каширское ш., д. 68, корп. 2, эт. 1, пом. 1, комн. 4),

ООО «ИНВИТРО-Информационные технологии» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 2, помещ. 1),

ООО «ИНВИТРО-Объединенные коммуникации» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 2, помещ. 1),

ООО «Ситилаб-Урал»(620023,г.Екатеринбург,ул.Щербакова,д.39,оф.201);

а, также для повышения качества, доступности медицинских услуг с передачей ПД:

ПАО «ВымпелКом» (127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 10, стр. 14),

АО «ПФ «СКБ Контур» (620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Народной Воли, стр. 19А),

АО "Альфа-банк" (107078, г.Москва, ул. Каланчевская,д.27), ПАО «Промсвязьбанк» (109052, г. Москва, ул. Смирновская, д. 10, стр. 22),

Медицинская информационная система «MEDMIS» (МЕДМИС) (420129, РТ, г.Казань, ул. Яшьлек дом 13)

Техническая поддержка и сопровождение информационных систем и программ ИП Кульбиков В.В.(454008, г.Челябинск, пр-т Свердловский,д23,кв.12)

Оператор имеет право передавать мои персональные данные на обработку в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- извлечение, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных.

Срок действия согласия на обработку персональных данных в течении пять лет с даты подписания согласия и Договора, после чего ПД передаются в архив или уничтожаются.

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006г.).

Согласие может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. 152-ФЗ «О персональных данных».

В случае отзыва настоящего согласия, ООО МЦ «Диагноз» вправе не прекращать обработку персональных данных субъекта до истечения сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Согласие может быть отозвано путем предоставления в ООО МЦ «Диагноз» соответствующего письменного уведомления по адресу оператора на почту заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Запрос должен содержать номер документа удостоверяющего личность субъекта или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения подтверждающие участие субъекта в отношениях с оператором, либо сведения подтверждающие факт обработки оператором, подпись субъекта или его представителя.

Субъект персональных данных (представитель субъекта персональных данных): _____

подпись

расшифровка подписи (инициалы и фамилия)

Дата: _____