Форма 5-А
к приказу № 017 от 01.10.2023 г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

_____

Ф.И.О. субъекта персональных данных

_____

Адрес регистрации

_____

Документ, удостоверяющий личность, серия, номер и дата выдачи, орган, выдавший документ

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Медико-косметологический центр «Арт-Медика» (далее – Оператор), расположенному по адресу: Российская Федерация, 454007 г. Челябинск, проспект Ленина, 12 «А», ИНН 7452074434, ОГРН 1107400000069,

на обработку персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), номер телефона, электронную почту, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид, сроки, условия, результат оказанной медицинской помощи, сведения об оказанных медицинских услугах: примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, биометрические данные в том числе: вес, рост, голос, видеоизображение.

Я выражаю согласие на то, что:

- на территории оператора осуществляется аудиозапись и видеонаблюдение, а также хранение аудиозаписей и видеозаписей с целью обеспечения безопасности жизни и здоровья, а также контроля качества медицинской помощи;

- передачу оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор ООО «МКЦ «Арт-Медика», ИНН 7452074434, ОГРН 1107400000069, для организации и обслуживания программного обеспечения по месту нахождения оператора. В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, или третьему юридическому лицу, с которым у Оператора заключен договор, для оказания лабораторных диагностических исследований:

ООО «ПМТ-Лаборатория», ИНН 7448102505, ОГРН 1087448002806
ООО «ИНВИТРО-Урал», ИНН 7451097559, ОГРН 1027402903901
ООО «Экология здоровья», ИНН 7438011400, ОГРН 1037401864060
ООО «Ситилаб-Урал», ИНН 6674223830, ОГРН 1076674015483
ООО МЦ «МЕДЕОР», ИНН 7452123748, ОГРН 1157456003814

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры).

Настоящее согласие действует:

АРТ-МЕДИКА

- до достижения целей, установленных до начала обработки данных, если срок хранения не установлен законом. Если срок хранения установлен законом – по истечении срока хранения.

- до утраты правовых оснований обработки персональных данных.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных посредством составления письменного заявления, которое будет вручено представителю оператора или направлено в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи, за исключением случаев, указанных пп. 2-11 части 1 ст.6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что все данные, предоставленные мной, являются полными и достоверными.

«____» _____ 20___ г.

Субъект персональных данных (законный представитель субъекта персональных данных)

_____ _____

Подпись Ф.И.О. субъекта персональных данных

АРТ-МЕДИКА