

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____ ФИО, зарегистрированный
(ая) по адресу _____,

_____ паспортные данные,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку организацией **ООО «ТесориМед»**, находящейся по адресу: г. Москва, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6 (далее – «ТесориМед») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания в ТесориМед мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ТесориМед в интересах моего обследования и лечения, оформления необходимой медицинской документации. Предоставляю ТесориМед право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ТесориМед вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

ТесориМед имеет право на обработку данных с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я проинформирован(а), что электронная почта является открытым источником информации и незащищенным каналом связи. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации, ТесориМед ответственности не несет. Я проинформирован(а), что получение результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований в соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и от 27.07.2016 №152-ФЗ «О персональных данных» относятся к сведениям, составляющим врачебную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 202__ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ТесориМед по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ТесориМед

В случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ТесориМед вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 26.06.2006 г.

Контактный телефон(ы):

Прошу отправлять/не отправлять (нужное подчеркнуть) мне результаты анализов и обследований, не содержащие сведения о диагнозе, на следующий адрес электронной почты:

Подпись субъекта персональных данных

Дата

СОГЛАСИЕ

на передачу (распространение) персональных данных

Я, _____ ФИО, зарегистрированный
(ая) по адресу _____,
_____ паспортные данные,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на распространение организацией **ООО «ТесориМед»**, находящейся по адресу: г. Москва, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6 (далее – «ТесориМед»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях предоставления необходимых сведений сторонним медицинским организациям для моего лечения, оказания мне необходимых медицинских и иных услуг, а так же размещение на публикацию фото видео материалов на информационных ресурсах «ТесориМед»: на сайте «.Damasclinic.ru», социальных сетях, на информированных ресурсах (сайтах и в социальных сетях) партнеров «ТесориМед».

Решение об использовании фото и видео материалов выполненных в рамках акции для рекламных целей и публикаций на интернет ресурсах ООО «ТесориМед» оставляет на свое усмотрение. Как и проведение самой фото и видео съемки при ранее полученном от пациента разрешении. Информационные материалы не направляются пациенту до их публикации на информационных ресурсах, или не направляются - если съемка не проводилась.

Я проинформирован(а), что указанное выше распространение моих персональных данных будет осуществляться только в случаях, когда это необходимо в моих интересах, по запросу государственных органов или учреждений, либо по моему прямому указанию (включая, но не ограничиваясь – подготовка копий моей медицинской документации для сторонних медицинских организаций, иных государственных учреждений).

Настоящим я даю свое письменное согласие на передачу (распространение) моих персональных данных в обозначенных выше случаях.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
дата

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ТесориМед по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ТесориМед

В случае отзыва мною согласия на передачу (распространение) персональных данных, ТесориМед вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 26.06.2006 г., при этом передача моих персональных данных по моему запросу в сторонние медицинские организации будет невозможна до повторной дачи моего письменного согласия (за исключением передачи данных в предусмотренных законом случаях).

Контактный телефон(ы): _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата _____