

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 К ОФЕРТЕ (ПРЕДЛОЖЕНИЮ)
О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ДИСТАНЦИОННЫМ СПОСОБОМ (ТЕЛЕМЕДИЦИНА)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, правоспособное и дееспособное физическое лицо, достигшее возраста 18 лет, в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях оказания услуг с применением телемедицинских технологий, оптимизации порядка предоставления медицинских услуг, информирования о медицинских услугах, которые могут быть оказаны, даю свое согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение, обновление, изменение, хранение, обработку, извлечение и использование ООО «Медицинский гомеопатический «Центр здоровья и реабилитации», адрес г.Москва, Боровское шоссе, д. 56 (далее - Оператор) моих персональных данных и персональных данных Пациента, если таковой указан в Договоре) (далее – ПД), а именно данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон (в целях информирования), E-mail (в целях информирования), о состоянии моего здоровья (в том числе, сведения о заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью); сведения, которые характеризуют мои физиологические и биологические особенности, на основе которых можно установить личность субъекта, (изображение гражданина, запись его голоса) (биометрические ПД); сведения, которые характеризуют меня как субъекта гражданских правоотношений (реквизиты документа, удостоверяющего личность); сведения о приобретенных товарах и оказанных услугах, банковских реквизитах, иные сведения, сообщенные при оказании услуг, которые Оператор вправе собирать, хранить, использовать и предоставлять третьим лицам (поручать обработку ПД третьим лицам), привлеченным к исполнению Договора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, имеющими доступ к конфиденциальной информации (в том числе врачебной тайне) и предупрежденным об ответственности за ее разглашение, предоставляю Оператору право осуществлять обработку моих ПД, в том числе:

- внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые Оператором;
- внесение данных субъекта в документы, используемые Оператором для оказания услуг, в списки (реестры) и отчетные формы;
- использование ПД субъекта, в том числе в целях уточнения сотрудником Исполнителя сведений, необходимых для оказания услуг, предусмотренных Договором, посредством телефонной связи, информирование путём осуществления рассылок (в том числе СМС-рассылок) Третьи лица, привлечённые Оператором, осуществляют в объёме, установленном настоящим согласием, обработку ПД субъекта, предоставляемых Оператором.

Я предоставляю Оператору право на запись телефонных разговоров со мной, производимую в целях повышения качества обслуживания без дополнительного уведомления.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, при этом, я осознаю, что в соответствии с ч.2 ст.9 152-ФЗ в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 ст. 6, ч.2 ст. 10 и ч.2 ст. 11 152-ФЗ. В частности, обработка персональных данных будет осуществляться в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, не влечет уничтожения медицинской документации (в силу п.11,12 ст.79 323-ФЗ), договора и приложений к нему, что ответ на заявление (отзыв) не предусмотрен.

Настоящее согласие предоставлено мной Медицинской организации на условиях Оферты о заключении договора оказания платных медицинских услуг, размещенной по адресу <https://centr-radomskoy.ru/data/pages/pril-2-dogmed.pdf> в форме электронного документа и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

ФИО: _____ ПОДПИСЬ _____
(заполняется при направлении Исполнителю по почте)