

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавш(ий,ая)ся, _____,
(фамилия, имя и отчество полностью)

проживающий по адресу: _____,

Документ, удостоверяющий личность: _____

Цель обработки: для исполнения законодательства РФ, в том числе Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Региональный медицинский ассистент» (ООО «РМА») (ОГРН 1176313022533) и контрагентами ООО «РМА» моих ниже перечисленных персональных данных для организации взаимодействия по получению мною медицинских услуг в лечебных учреждениях, в т.ч. в целях:

- проверки качества оказания медицинских услуг;
- исполнения договора оказания услуг, заключенного между мной работодателем и ООО «РМА»;
- исполнения договора на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому обслуживанию, заключенному между лечебными учреждениями и мной работодателем;
- выявления фальсификации документов (счетов, актов реестров) или документов ненадлежащей формы, получаемых из лечебных учреждений;
- информирования меня о других продуктах и услугах ООО «РМА» и контрагентов ООО «РМА»,
- в статистических целях и в целях проведения анализа.

Я даю согласие на обработку следующих **персональных данных:** фамилия, имя, отчество, год, пол, дата рождения, данные моего паспорта, адрес проживания, адрес электронной почты, контактный номер телефона, место работы (учёбы), должность (профессия), социальное положение, семейное положение, сведения, содержащиеся в полисе ОМС, в СНИЛСе, данные о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности, степень ограничения трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы), заболевания и о случаях обращения в лечебные учреждения, сведения об оказанных медицинских услугах (в том числе о проведенных лабораторных анализах и их результатах, случаях стационарного лечения и их результатах и т.д.), биометрические данные.

Предоставляю ООО «РМА» и контрагентам ООО «РМА» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «РМА» и контрагенты ООО «РМА» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных ООО «РМА» и контрагентов ООО «РМА».

ООО «РМА» и контрагенты ООО «РМА» имеют право во исполнение своих обязательств передавать мои персональные данные в любые лечебные учреждения и получать от указанных лечебных учреждений данные обо мне, при условии, что они имеют договоры с указанными лечебными учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных лечебных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед ООО «РМА» и контрагентами ООО «РМА» в отношении моих персональных данных. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ. Я вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес ООО «РМА» заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «РМА». В случае поступления от меня письменного заявления об отзыве персональных данных ООО «РМА» вправе рассматривать указанное заявление как уведомление о расторжении договора в отношении меня, после чего организация взаимодействия по оказанию медицинских услуг в отношении меня будет прекращена не позднее 3 дней с момента получения указанного заявления.

Подтверждаю, что мне разъяснены мои права и обязанности в области защиты персональных.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)