

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1. _____
(далее по тексту - «ПРЕДСТАВИТЕЛЬ»), являющийся законным представителем (представителем по нотариальной доверенности)

(далее по тексту - «ПАЦИЕНТ») в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждает свое согласие на обработку персональных данных «ПАЦИЕНТА» (далее по тексту - Согласие) **ООО «Рекамедика»** (адрес местонахождения: 350042, Краснодарский край, город Краснодар, ул. Колхозная, д. 5/1, помещ. 11114) (далее по тексту - «ИСПОЛНИТЕЛЬ»), включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; номер и серия документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации и места жительства, номер контактного телефона, адрес электронной почты, сведения о гражданстве, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, фотографическое изображение, аудиозаписи телефонных разговоров, сведения о приобретённых товарах и предоставленных услугах, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, факте обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
2. «ПРЕДСТАВИТЕЛЬ» в соответствии с настоящим Согласием принимает все законные решения за «ПОТРЕБИТЕЛЯ». При использовании ниже в настоящем Согласии термин «ПОТРЕБИТЕЛЬ» считать равнозначным термину «ПРЕДСТАВИТЕЛЬ».
3. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обрабатывает персональные данные «ПОТРЕБИТЕЛЯ» в целях соблюдения норм законодательства РФ, а также с такими целями как: заключение и исполнение договоров о предоставлении медицинских услуг; информирование о новых товарах, услугах; подготовка индивидуальных предложений; ведение рекламной деятельности; соблюдение норм по охране труда, личной безопасности и сохранности имущества; контролирование количества и качества выполняемой работы; обеспечение пропускного режима.
4. В процессе предоставления «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» «ПОТРЕБИТЕЛЮ» медицинских услуг «ПОТРЕБИТЕЛЬ» предоставляет право сотрудникам «ИСПОЛНИТЕЛЯ» передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «ИСПОЛНИТЕЛЯ», в интересах обследования и лечения «ПОТРЕБИТЕЛЯ».
5. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» предоставляет «ИСПОЛНИТЕЛЮ» право осуществлять все действия (операции) с персональными данными «ПОТРЕБИТЕЛЯ», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе обрабатывать персональные данные «ПОТРЕБИТЕЛЯ» смешанным способом (с использованием средств автоматизации и без такового) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов).
6. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» даёт согласие на передачу своих персональных данных через незащищенные мессенджеры (WhatsApp, Telegram) для удобства общения и переписки с «ИСПОЛНИТЕЛЕМ». О возможных последствиях потери конфиденциальности персональных данных «ПОТРЕБИТЕЛЬ» предупреждён.
7. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» даёт согласие на отправку ему медицинских документов (копий, выписок), отражающих состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также результаты лабораторных анализов, эпикризы, справки и т.д.) по открытым и незащищённым каналам связи (электронной почте, указанной в реквизитах). О возможных последствиях потери конфиденциальности данных документов «ПОТРЕБИТЕЛЬ» предупреждён.

9. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» даёт своё согласие на отправку ему «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» напоминаний о следующем визите, сообщений рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, а также другой информации и разрешает «ИСПОЛНИТЕЛЮ» использовать любые средства связи, в том числе электронную почту, СМС, WhatsApp, Telegram.
10. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» согласен с тем, что в помещении «ИСПОЛНИТЕЛЯ» проводятся открытая и скрытая видеосъёмка с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при оказании медицинских услуг, в том числе для фиксации сложных клинических случаев и протоколирования медицинских вмешательств, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» гарантирует «ПОТРЕБИТЕЛЮ», что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ», не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ» на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.
11. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» информирован и согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» оставляет за собой право на фото- и видеосъёмку (фото- и видеопотоколирование) «ПОТРЕБИТЕЛЯ» в до и послеманипуляционный период для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса проводимого лечения, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» согласен, что его отказ от проведения фото- и видеопотоколирования снимает ответственность с «ИСПОЛНИТЕЛЯ» за эстетический результат предоставленных услуг и подтверждает, что «ПАЦИЕНТ» не имеет претензий к эстетической составляющей предоставленных ему услуг в связи с отсутствием визуального подтверждения динамики проводимого лечения. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» самостоятельно определяет сюжет фото- и видеосъёмки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, продолжительность их использования и способы их редактирования. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» согласен, что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует письменного согласия «ПОТРЕБИТЕЛЯ» на обработку биометрических данных.
12. Срок хранения персональных данных «ПОТРЕБИТЕЛЯ» составляет пять лет после утраты необходимости в достижении целей их обработки, указанных в п. 2. настоящего Соглашения.
13. В целях, указанных в п. 2. настоящего Соглашения, «ПОТРЕБИТЕЛЬ» соглашается на передачу персональных данных в организации, с которыми у «ИСПОЛНИТЕЛЯ» заключен Договор взаимного сотрудничества. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» признает и подтверждает, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных п. 2. настоящего Соглашения целей, «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе в необходимом объёме передавать персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие персональные данные «ПОТРЕБИТЕЛЯ». В прочих случаях передача персональных данных «ПОТРЕБИТЕЛЯ» иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия «ПОТРЕБИТЕЛЯ», за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.
14. Настоящее согласие дано «ПОТРЕБИТЕЛЕМ» и действует бессрочно.
15. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» оставляет за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено «ПОТРЕБИТЕЛЕМ» в адрес «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю «ИСПОЛНИТЕЛЯ».
16. В случае получения письменного заявления «ПОТРЕБИТЕЛЯ» об отзыве согласия на обработку персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате предоставленных «ПОТРЕБИТЕЛЮ» до этого медицинских услуг.

РЕКВИЗИТЫ «ПРЕДСТАВИТЕЛЯ»

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/

Адрес регистрации:

Документ, подтверждающий полномочия:

Подпись Представителя:

_____ (_____)
(Подпись) (Фамилия, инициалы)

РЕКВИЗИТЫ «ПОТРЕБИТЕЛЯ»

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/

Адрес регистрации:

« _____ » _____ 20 ____ г.