

**Согласие на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне
с целью проведения телемедицинской консультации и размещенное на сайте
<https://podruge.ru>**

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе, в целях проведения телемедицинской консультации, настоящим Я _____

(ФИО пациента/законного представителя, сведения о документе, удостоверяющем личность, место жительства),

подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) Оператором – ООО «СЕТЬ КЛИНИК ПОДРУЖКИ», ОГРН 1247700659007, юридический адрес: 125375, г. Москва, муниципальный округ Пресненский вн.тер.г., Леонтьевский пер., 21/1, стр. 1.

Фактический адрес: 125375, г. Москва, муниципальный округ Пресненский вн.тер.г., Леонтьевский пер., 21/1, стр. 1

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/01957952 от 07.03.2025 г.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медикосоциальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению пациентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Также подтверждаю свое согласие на обработку вышеуказанных данных посредством единой государственной информационной системы, подсистемы ТМК информационной системы «Телемедицинская система дистанционных консультаций Федерального и регионального уровней» ФТМС иным медицинским учреждениям, которым Клиникой будут направлены медицинские документы и мои персональные данные в целях оказания медицинской помощи – телемедицины (в случае возникновения такой необходимости).

Подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснены цель, вид и способ проведения телемедицинской консультации. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации, прерыванием процесса передачи данных по техническим причинам в ходе телемедицинской консультации.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг, оказываемых в ООО «СЕТЬ КЛИНИК ПОДРУЖКИ», а также медицинскими организациями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «СЕТЬ КЛИНИК ПОДРУЖКИ» в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мною номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты - зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) блокирование; 6) уничтожение.

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока оказания мне медицинской помощи в ООО «СЕТЬ КЛИНИК ПОДРУЖКИ», в течение срока действия Договора, заключенного с ООО «СЕТЬ КЛИНИК ПОДРУЖКИ», а также по его истечении - в течение срока, установленного законодательством РФ. Я уведомлен(а), что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я уведомлен(а) о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который должен быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан: 1) прекратить обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи; 2) по истечении срока хранения моих персональных данных, установленного законодательством РФ, уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки

обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; б) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Я даю согласие на обработку моего образа при помощи средств видеофиксации, производимую с целью обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в целях улучшения качества обслуживания пациентов и исключаящую возможность несанкционированного доступа к видеоматериалам.

Не возражаю против записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам медицинским образованием, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Дата начала обработки персональных данных: « __ » _____ 202__ г.

Пациент/Законный представитель _____ (ФИО, подпись)