

Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

 , серия номер , код подразделения , дата выдачи , выдан , Адрес регистрации , телефон

Даю согласие уполномоченным приказом сотрудникам ООО «МастерСлух» (далее – Оператор), юридический адрес: 347904, Ростовская область, г.Таганрог, ул.Петровская, д.116, офис 319 на обработку персональных данных, в том числе, относящихся к состоянию здоровья, в целях соблюдения Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и исполнения Договора, заключаемого между субъектом персональных данных и ООО «МастерСлух» по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата и место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или о медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии) , а также если стали известны: место работы, должность, сведения об образовании, занятости, инвалидности, семейном положении, наименование страховой медицинской организации, код категории льготы и подтверждающий льготу документ и другие данные о состоянии здоровья, а также сведения, относящиеся к лицам, указанным в медицинской документации, допущенным субъектом персональных данных к информации о здоровье и имеющим право присутствовать при оказании медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять действия с персональными данными по перечню: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Действия с вышеперечисленным перечнем осуществляются способами автоматизированной обработки персональных данных (с применением средств вычислительной техники, передачей по внутренней (локальной) сети юридического лица и по сети общего пользования Интернет) и способом ручной обработки персональных данных (без использования средств вычислительной техники).

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской документации согласно действующему законодательству РФ.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. Прекращение обработки персональных данных осуществляется в установленные законом сроки.

О праве на получение информации, касающейся обработки моих персональных данных (согласно п. 7 главы 3 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных») информирован.

В случае, если Оператор во исполнение своих обязательств поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Субъект персональных данных _____ / 12.12.2017г.