

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____, зарегистрированный(ая) по адресу _____, паспортные данные _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку организацией **ООО «ТесориСтом»**, находящейся по адресу: г. Москва, вн.тер.г.Муниципальный округ Теплый Стан, пр-кт Ленинский д. 131 помещ. 15/23А/1 (далее – «ТесориСтом») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, изображение физического лица, аудиозапись голоса физического лица, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях (анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, заключение по результатам оказания медицинских услуг, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги, результат исследования биоматериала, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг определенных Уставом и лицензиями ТесориСтом, заключения и исполнения договоров на оказание услуг и улучшения качества обслуживания. В процессе оказания в ТесориСтом мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ТесориСтом в интересах моего обследования и лечения, оформления необходимой медицинской документации. Предоставляю ТесориСтом право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ТесориСтом вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных. ТесориСтом имеет право на обработку данных с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа,

Я проинформирован(а), что электронная почта является открытым источником информации и незащищенным каналом связи. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации, ТесориСтом ответственности не несет. Я проинформирован(а), что получение результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований в соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и от 27.07.2016 №152-ФЗ «О персональных данных» относится к сведениям, составляющим врачебную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной (ФИО) _____ и действует со дня подписания в течение всего срока действия договора оказания услуг, а также в соответствии со сроками хранения медицинской документации

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ТесориСтом по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ТесориСтом

В случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ТесориСтом вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 26.06.2006 г.

Контактный телефон(ы): _____

Прошу отправлять/не отправлять (нужное подчеркнуть) мне результаты анализов и обследований, не содержащие сведения о диагнозе, на следующий адрес электронной почты: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ Дата _____

СОГЛАСИЕ на передачу (распространение) персональных данных

Я, _____, зарегистрированный(ая) по адресу _____, паспортные данные _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на распространение организацией **ООО «ТесориСтом»**, находящейся по адресу: г. Москва, вн.тер.г.Муниципальный округ Теплый Стан, пр-кт Ленинский д. 131 помещ. 15/23А/1 (далее – «ТесориСтом»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, _____, адрес электронной почты, изображение физического лица, аудиозапись голоса физического лица, паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, заключение по результатам оказания медицинских услуг, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги, результат исследования биоматериала, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях в необходимом объеме любыми законными способами в организации в соответствии с целями обработки персональных данных и законодательством РФ для моего лечения, оказания мне необходимых медицинских и иных услуг, а так же на использование (размещение, публикацию) своих изображений в материалах, публикуемых в сети Интернет на информационных ресурсах «ТесориСтом»: на сайте <https://dmstom.ru/>, социальных сетях, на информированных ресурсах (сайтах и в социальных сетях) партнеров «ТесориСтом» без выплаты мне вознаграждения. Согласие распространяется на все мои изображения, а именно фотографии, произведенные (сделанные) во время проведения мне процедур и манипуляций в ТесориСтом. Я информирован (а), что возможна обработка фотоматериалов для улучшения качества и изменения фона. Я осознаю и понимаю, что мои изображения могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации. Я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня. Обработка моих персональных данных может осуществляться с использованием и без использования средств автоматизации и включать в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Решение об использовании фото и видео материалов выполненных в рамках акции для рекламных целей и публикаций на интернет ресурсах ООО «ТесориСтом» оставляет на свое усмотрение. Как и проведение самой фото и видео съемки при ранее полученном от пациента согласии. Фото и видео материалы не направляются пациенту. Я проинформирован(а), что указанное выше распространение моих персональных данных будет осуществляться только в случаях, когда это необходимо в моих интересах, по запросу государственных органов или учреждений, либо по моему прямому указанию (включая, но не ограничиваясь – подготовка копий моей медицинской документации для сторонних медицинских организаций, иных государственных учреждений). Настоящим я даю свое письменное согласие на передачу (распространение) моих персональных данных в обозначенных выше случаях.

Настоящее согласие даны мной (ФИО) _____ и действует со дня подписания в течение всего срока действия договора оказания услуг, а также в соответствии со сроками хранения медицинской документации бессрочно.

Дата _____

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ТесориСтом по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ТесориСтом

В случае отзыва мною согласия на передачу (распространение) персональных данных, ТесориСтом вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 26.06.2006 г., Контактный телефон(ы): _____

Подпись субъекта персональных данных _____ Дата _____

