

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ номер _____,
выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания услуг подтверждаю свое согласие на обработку «Dr. Berkovski clinic», адрес места нахождения: Израиль, Арад, Шимон, 27.16 (далее – «Оператор»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях организации установления медицинского диагноза и организации оказания медицинских услуг при условии, что их обработка (при условии поручения обработки третьему лицу) осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором или привлекаемыми им третьими лицами мне медицинской помощи я предоставляю право Оператору и третьим лицам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

— обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС) или любым иным договором.

— во исполнение своих обязательств обмениваться моими персональными данными с медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными хранить профессиональную тайну и в соответствии с нормами действующего законодательства.

— передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием сети Интернет, бумажных и машинных носителей, в том

числе по каналам связи с использованием технических и программных средств защиты информации.

— осуществлять трансграничную передачу моих персональных данных, в том числе в государства, не признаваемые уполномоченными органами Российской Федерации в качестве государств, обеспечивающих адекватный уровень защиты прав субъектов персональных данных, при условии соблюдения действующего законодательства.

— осуществлять обработку моих данных исключительно в целях, указанных в оферте, расположенной по адресу в сети Интернет: <http://www.doctorisrael.co.il>

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных, которое будет удовлетворено Оператором в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока, если не будет отозвано мной в соответствии с настоящим параграфом.

ФИО и подпись субъекта персональных данных

Дата ____/____/____