



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Я, АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ,

гражданин: , пол: мужской, дата рождения: 01.01.1950, паспорт: серия , номер , выдан: , зарегистрирован(а) по адресу: , моб тел: +77 , e-mail: (далее Пациент),

в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) Оператором АО «МОСИТАЛМЕД», ОГРН 1027739192645, ИНН 7704082468, КПП 770401001, адрес юридического лица: 119002, г. Москва, ул. Арбат 28/1 стр.1, и третьими лицами с которыми у оператора заключены договоры (далее Оператор).

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 медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка 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 Оператора, а также медицинскими учреждениями-исполнителями 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, реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, место учебы, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах Оператора 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 мной 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, общее описание используемых Оператором способов обработки:

- 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление, передача (распространение, предоставление, доступ) 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;
- 6) блокирование;
- 7) уничтожение.

Я даю согласие на обработку персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с оператором, а по его истечении - в течение срока, установленного законодательством.

Я уведомлен 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 либо при получении письменного запроса.

CONSENT TO PROCESSING OF PERSONAL DATA AND INFORMATION RELATED TO HEALTH PRIVACY

I, АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ,

citizen: , sex: мужской, date of birth: 01.01.1950, passport: series , number , issued by: , registered at: , mobile telephone: +77 , e-mail: (hereinafter, the 'Patient'),

pursuant to Federal Law No. 152-FZ(152-ФЗ) 'On Personal Data' dated 27 July 2006, of my will and for my benefit, hereby confirm my consent to processing of my personal data (Patient's personal data) by the Operator of MOSITALMED JSC, Primary State Registration Number (OGRN) 1027739192645, Taxpayer Identification Number (INN) 7704082468, Tax Registration Reason Code (KPP) 770401001, registered address: 28/1 Arbat Str., Bldg. 1, Moscow, 119002, and third parties contracted by the Operator (hereinafter, the 'Operator').

I confirm that I agree that my personal data and information classified as health privacy are processed for medical and preventative care purposes, in order to establish a medical diagnosis, provide medical and medical and social services, record and systematise the services provided, in order to perform the terms and conditions of contracts for getting clients, as well as to improve the quality of patient care, marketing programmes and statistical studies.

I am aware that processing of personal data (including in the Operator's information systems) related to the state of my health is necessary to protect my life, health or other vital interests or the life, health or other vital interests of other persons, as well as in order to provide additional medical and other services of the Operator, as well as by medical institutions being co-contractors in the provision of services through direct contact with a potential consumer by means of communication (by e-mail, SMS, telephone).

I give my consent to the processing of the following personal data: full name, sex and date of birth, residential address, biometric and passport data, details of the compulsory medical insurance certificate / voluntary medical insurance certificate, insurance individual account number with the Pension Fund of Russia (SNILS), marital status, family members, social status, education, occupation, place of work, place of study, contact telephone number(s), data on the state of health, diseases, cases of seeking medical care for medical and preventive purposes, in order to establish a medical diagnosis and provide medical services, as well as to improve the quality of patient care, marketing programmes and statistical studies.

In order to improve the quality of patient care and marketing programmes, I also hereby give my consent to receive information about the Operator's services in the form of sms-messages, by e-mail and telephone to the telephone number and e-mail address specified by me above.

I confirm that the mobile telephone number provided by me herein is true and owned by me on the basis of the communications services contract (subscriber's contract), and the e-mail address is registered in my name and owned by me (used by me).

The list of operations with personal data for which the consent is given, a general description of data processing procedures used by the Operator:

- 1) receipt, input, collection, systematisation, accumulation, transfer (distribution, provision, access) of personal data by the Operator, as well as by third parties;
- 2) storage, deletion of personal data (in electronic form and in hard copy);
- 3) clarification (update, change) of personal data;
- 4) use of the Patient's personal data in connection with the services provided;
- 6) blocking;
- 7) destruction.

I give my consent to the processing of the personal data within the entire duration of the Contract entered into with the operator, and after its expiration for the period established by law.

I have been notified that I may at any time withdraw my consent to the processing of the personal data (including my consent to receive information about services by e-mail, sms, telephone) by submitting a written application to the operator, as well as to access my personal data by appearing in person or upon a written request.



Я подтверждаю ознакомление со следующими правами:

1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных, 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, недостоверными, 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 или при получении запроса информации, касающейся обработки 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;

6) 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.

АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ

Дата: «18» августа 2023 г.

(подпись)

I confirm that I am aware that I may exercise the following rights:

1) to obtain information about the Operator, its location, whether the Operator has personal data related to the relevant personal data subject, as well as to get acquainted with such personal data;

2) to require the Operator to clarify my personal data, to block them or destroy them if the personal data are incomplete, outdated, unreliable, illegally received or are not necessary for the declared purpose of processing, as well as to take measures provided for by the laws to protect my rights;

3) to receive information regarding the processing of the personal data by appearing in person or upon a request.

I am aware that I may receive information regarding the processing of the personal data when I submit a written request, including:

1) confirmation of the fact of the personal data processing by the Operator, as well as the purpose of processing;

2) personal data processing procedures used by the Operator;

3) information about persons who have access to the personal data or to whom such access may be granted;

4) list of the processed personal data and their source;

5) terms of the personal data processing, including the terms of their storage;

6) information about the consequences the personal data processing may entail.

I am aware that the Operator, when processing the personal data, is obliged to take the necessary organisational and technical measures to protect personal data from unauthorised or accidental access thereto, destruction, alteration, blocking, copying, dissemination of personal data, as well as from other unlawful activities.

АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ

Date: «18» August 2023

(signature)