

Согласие на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну

1. Согласие на обработку персональных данных гражданина.

1.1. Настоящим Покупатель свободно, своей волей и в своем интересе дает Организации, выбранной в соответствии с положениями Термины и определения Договора, и Обществу с ограниченной ответственностью «Медоблако» (адрес: 109518, Москва, ул. Грайвороновская, д.23. ОГРН: 1137746438917) согласие на обработку своих персональных данных и данных Клиента, представителем которого он является и в интересах которого он заключает Договор, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

1.2. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

1.3. Целью обработки персональных данных является исполнение Договора. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации.

1.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, паспортные данные, день, месяц и год и место рождения, адрес электронной почты, адрес фактического проживания, номер телефона, изображение гражданина, запись его голоса, информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, поставленном в рамках очного обращения в медицинские учреждения и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения Договора.

1.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: все действия с персональными данными необходимые для выполнения условий Договора, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (распространение) персональных данных.

1.6. Настоящее согласие дано на срок 3 (три) года после окончания срока действия Договора.

1.7. Если Покупатель и/или Клиент не желают, чтобы их персональные данные обрабатывались, после исполнения Сторонами Договора, то они должны обратиться в Службу по работе с клиентами Исполнителя через форму Обратной связи на Ресурсе Исполнителя. В таком случае вся полученная от Клиента информация (в том числе логин и пароль) удаляется с Ресурса Исполнителя.

2. Согласие на передачу информации, составляющей врачебную тайну.

2.1. Для целей исполнения Договора Покупатель дает согласие на передачу Организации, оказывающей Услуги по Договору, и Обществу с ограниченной ответственностью «Медоблако» (адрес: 109518, Москва, ул. Грайвороновская, д.23. ОГРН: 1137746438917) информации о нем и Клиенте, представителем которого он является и в интересах которого он заключает Договор, составляющей врачебную тайну (информация о факте обращения Клиента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении).

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, дееспособное лицо, достигшее пятнадцатилетнего возраста, настоящим, для целей исполнения условий Договора, приложением к которому является данное Согласие, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе Врача и Медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения мной/лицом, представителем которого я являюсь, Услуг в соответствии с условиями Договора в выбранной медицинской организации.

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Настоящим Организация, оказывающая Услуги по Договору, уведомляет Клиента или его представителя, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Клиента.