

Согласие пациента (его представителя) АО «Медицина» на обработку биометрических персональных данных с целью осуществления пропускного режима

Я, *ФИО:* _____,
адрес: _____,
основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата *выдачи* _____, *орган,* *выдавший* *документ*

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие АО «Медицина» (адрес местонахождения: 125047, г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10):

- моих персональных данных,
- представленных мною персональных данных на моего (мою) _____ кем приходится

ФИО: _____,
адрес: _____,
основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата *выдачи* _____, *орган,* *выдавший* *документ*

представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ *серия* _____ *номер* _____,
дата выдачи _____,
на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; идентификатор пропуска (ID-карты); фотографическое изображение лица (биометрические персональные данные); время и дата посещения АО «Медицина»,

с целью:

- идентификации Пациента при осуществлении пропускного режима на территории клиники АО «Медицина».

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием АО «Медицина» мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет¹ с момента выполнения указанных обязательств АО «Медицина», если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва² согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

Дата: «__» _____ 20__ г. _____ / _____ / _____
(подпись)

¹ Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных АО «Медицина».

² Часть 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: «Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных 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». Подлинник указанного отзыва, подписанный субъектом персональных данных, должен быть представлен по адресу оператора.

Согласие пациента (его представителя) АО «Медицина» на обработку персональных данных с целью проведения обслуживания медицинского оборудования

Я, **ФИО:** _____,
адрес: _____,
 основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата выдачи _____, *орган,* _____ *выдавший документ* _____

_____ действующая своей волей и в своем интересе, даю согласие АО «Медицина» (адрес местонахождения: 125047, г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10):

- моих персональных данных,
 представленных мною персональных данных на моего (мою) _____ кем приходится

ФИО: _____,
адрес: _____,
 основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата выдачи _____, *орган,* _____ *выдавший документ* _____

_____ представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ *серия* _____ *номер* _____, *дата выдачи* _____,

на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, предоставление (доступ) сервисным организациям, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; данные о половой принадлежности; данные о росте, массе и температуре тела; номер карты пациента; информация о состоянии здоровья (результаты диагностики, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований), полученная с использованием медицинского оборудования,

с целью:

- проведения гарантийного обслуживания медицинского оборудования АО «Медицина».

Доступ к моим персональным данным с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации осуществляется сервисными организациями, с которым АО «Медицина» осуществляет взаимодействие на основании соответствующих договоров и соглашений о конфиденциальности.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием АО «Медицина» мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет³ с момента выполнения указанных обязательств АО «Медицина», если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва⁴ согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

Дата: «__» _____ 20__ г. _____ / _____ / _____
 (подпись)

³ Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных АО «Медицина».

⁴ Часть 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: «Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных 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». Подлинник указанного отзыва, подписанный субъектом персональных данных, должен быть представлен по адресу оператора.

Согласие пациента (его представителя) АО «Медицина» на обработку его персональных данных с целью взаимодействия с Контакт-центром

Я, **ФИО:** _____,
адрес: _____,
 основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата *выдачи* _____, *орган,* *выдавший* *документ*

_____ действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие АО «Медицина» (адрес местонахождения: 125047, г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10):

- моих персональных данных,*
 представленных мною персональных данных на моего (мою) _____ кем приходится

ФИО: _____,
адрес: _____,
 основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата *выдачи* _____, *орган,* *выдавший* *документ*

_____ представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ *серия* _____ *номер* _____,
дата выдачи _____,

на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, доступ, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес места жительства; адрес места пребывания; номер контактного телефона, факса; контактный адрес электронной почты; номер карты пациента; реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (при наличии); реквизиты договора на оказание медицинских услуг; сведения о периоде медицинского обслуживания в АО «Медицина»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от АО «Медицина»; время и дата обращения за оказанием медицинских услуг,

с целью:

- взаимодействия со мной при обращении в Контакт-центр АО «Медицина».

Поручение обработки моих персональных данных осуществляется: **ООО «Телеком-Экспресс», 127273, г. Москва, ул. Отрадная, д. 2 «б», стр. 6.**

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием АО «Медицина» мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет⁵ с момента выполнения указанных обязательств АО «Медицина», если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва⁶ согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

Дата: «__» _____ 20__ г. _____ / _____ /
 (подпись)

⁵ Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных АО «Медицина».

⁶ Часть 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: «Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных 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». Подлинник указанного отзыва, подписанный субъектом персональных данных, должен быть представлен по адресу оператора.

Согласие пациента (его представителя) АО «Медицина» на обработку персональных данных с целью их размещения в общедоступных источниках

Я, **ФИО:** _____,
адрес: _____,
 основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата выдачи _____, *орган, выдавший документ* _____

_____ ,
 действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие АО «Медицина» (адрес местонахождения: 125047, г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10):

- моих персональных данных,
 представленных мною персональных данных на моего (мою) _____ кем приходится

ФИО: _____,
адрес: _____,
 основной документ, удостоверяющий личность: *серия* _____ *номер* _____,
дата выдачи _____, *орган, выдавший документ* _____

представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ *серия* _____ *номер* _____,
дата выдачи _____,

на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, распространение, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; информация о состоянии здоровья; сведения о периоде медицинского обслуживания в АО «Медицина»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от АО «Медицина»; фотографическое изображение лица; запись видеоизображения субъекта и его речи с целью их размещения в общедоступных источниках;
-

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> www.medicina.ru/o-klinike/otzyvy-patsientov/ | <input type="checkbox"/> www.ok.ru/klinikaoao |
| <input type="checkbox"/> www.vk.com/club65384265 | <input type="checkbox"/> www.facebook.com/Clinic.Medicina/ |
| <input type="checkbox"/> www.instagram.com/medicinaclinic/ | <input type="checkbox"/> www.youtube.com/user/medicinaclinic |

для организации и проведения АО «Медицина» мероприятий, направленных на повышение узнаваемости и лояльности в отношении АО «Медицина», а также продвижение услуг АО «Медицина».

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием АО «Медицина» мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет⁷ с момента выполнения указанных обязательств АО «Медицина», если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва⁸ согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

Дата: «__» _____ 20__ г. _____ / _____ /

⁷ Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных АО «Медицина».

⁸ Часть 2 статьи 8 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»: «Сведения о субъекте персональных данных должны быть исключены из общедоступных источников персональных данных по требованию субъекта персональных данных либо по решению суда или иных уполномоченных органов».

СОГЛАШЕНИЕ о предоставлении сервисных услуг

Я, _____,
№ карты _____, согласен получать следующие сервисные услуги клиники:

№ п/п	Предлагаемые сервисные услуги	Отметка о согласии получить услугу										
1.	Получение по электронной почте: - уведомлений о записи на прием; - результатов лабораторных исследований; - результатов диагностических исследований по запросу.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>(Укажите адрес электронной почты. Просьба писать печатными буквами)</i></p>										
2.	Просмотр электронной истории болезни и запись на прием через личный кабинет на сайте my.medicina.ru . ВНИМАНИЕ! ПИН-код не является паролем для входа в «Личный кабинет»	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>(Для доступа к электронной истории болезни укажите ПИН-код (4 цифры))</i></p>										
3.	Просмотр электронной истории болезни и запись на прием через мобильное приложение клиники	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)										
4.	Зарегистрировать личный кабинет на сайте АО «Медицина» с помощью администратора-кассира?	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)										
5.	Установить мобильное приложение клиники «Медицина» на телефон для просмотра истории болезни, записи на прием через Интернет с помощью администратора-кассира?	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)										
6.	SMS-напоминание о записи на прием к специалисту, исследование	<p style="text-align: center;"><i>(Укажите номер мобильного телефона)</i></p> <p style="text-align: center;">8 (___) _____</p>										
7.	Получение результатов исследований любым лицом, которому передано кодовое слово, по телефону или на бумажном носителе и на CD-диске (предоставьте кодовое слово для безопасности Ваших персональных данных)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><small>Предупрежден(а) о рисках, что 3-е лицо получает доступ к персональной информации</small> <i>(Просьба писать печатными буквами)</i></p>										
8.	Уведомления по электронной почте об окончании срока действия договора, акциях, сезонных предложениях и др.	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)										
9.	SMS-уведомление с напоминанием об окончании срока действия договора	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)										
10.	Ознакомлен (а) с возможностью получения дополнительных сервисных услуг клиники: 1. Преавторизация (бронирование денежных средств на платежной карте для получения медицинских услуг в течение дня и окончательного расчета в конце обследований без промежуточных расчетов после каждой услуги); 2. Оформление банковского кредита на получение медицинских услуг в здании клиники (офис банка-партнера на 2-м этаже корпуса №2); 3. Скидка на медицинские услуги (распечатайте купон на скидку 5% с сайта клиники или приобретите дисконтный пропуск в отделе по оформлению договоров, кабинет № 305); 4. Возможность приобрести подарочный сертификат для знакомых, родственников для получения услуг клиники; 5. Сопровождение до кабинетов специалистов с 1-го этажа клиники, если впервые обратился в клинику или если прием назначен в корпусе № 2 клиники (доступно по запросу). Дальнейшее сопровождение осуществляют медицинские сестры; 6. Консьерж-сервис (заказ билетов, такси, букетов, подарков и т.д.)	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)										

№ п/п	Предлагаемые сервисные услуги	Отметка о согласии получить услугу
11.	Пропуск для посещения клиники в течение 1 года получен	ДА
12.	Фотография в историю болезни сделана для идентификации и защиты персональных данных	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)

АО «Медицина» не несет ответственности за неправильно указанный номер мобильного телефона или адрес электронной почты, за возможное использование третьими лицами доступа к Вашим личным данным, возможное использование Вашего ПИН-кода, а также возможное использование Вашей электронной карты-пропуска или ее копии третьими лицами. Соглашение начинает действовать с момента подписания.

*В работе информационных сервисов (сайт, личный кабинет, мобильное приложение, sms-рассылка, телефония, оповещения по электронной почте) могут происходить изменения без дополнительного уведомления пациентов. Клиника не дает гарантий работоспособности данных информационных сервисов.

Передача результатов исследований третьим лицам (в том числе родственникам или членам его семьи) может быть произведена в исключительных случаях:

- при наличии нотариально заверенной доверенности от клиента (кроме ситуаций, в которых передача персональных данных без его согласия допускается действующим законодательством РФ);
- по запросу уполномоченных государственных органов с целью выполнения требований федерального законодательства.

Выдача гистологических и цитологических препаратов производится пациенту по заявлению, заверенному его собственноручной подписью и по предъявлении документа, удостоверяющего личность (с фотографией).

О необходимости заключения договора на получение и оплату медицинских услуг предупрежден.

С возможностью заключения договора на годовое обслуживание в клинике информирован.

Подпись: _____ / _____ /

Личность лица, указанного выше, проверена, подпись поставлена в моем присутствии.

Ф.И.О. сотрудника АО «Медицина» _____

Подпись _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.