

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт _____ выдан (кем) _____,

(когда) _____ г., в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. "О персональных данных", в медико-профилактических целях, оптимизации порядка предоставления медицинских услуг, информирования о медицинских услугах, которые могут быть оказаны, исполнения Договора на оказание платных медицинских услуг (в том числе в рамках добровольного медицинского страхования) (далее – Договор), контроля качества медицинских услуг, в том числе путем проведения опроса, настоящим ДАЮ свое согласие ООО «МЦ Аврора» (адрес - 193232, г. Санкт-Петербург, ул. Крыленко, д. 43, к. 2, лит. А, помещ. 19-Н, ОГРН 1257800015769 от 20.02.2025 года, ИНН 7811805841) (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения (день, месяц, год); семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность за пределами Российской Федерации; профессия; сведения о состоянии здоровья; данные полиса ДМС и иные сведения, сообщенные при подписании Договора, а именно на:

- сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, (предоставление, доступ), удаление, уничтожение, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

- использование в целях предоставления мне сведений уведомительного, информационного или маркетингового характера об услугах и программах медицинского обслуживания, в том числе о новых услугах, проводимых акциях, мероприятиях, осуществление телефонной связи со мной, направление sms-сообщений и сообщений через мессенджеры, рассылка писем в мой электронный адрес, в случае если он был указан в Договоре, проведения опросов об удовлетворенности качеством и уровнем организации и оказания медицинских услуг Оператора, таргетирования рекламных сообщений (таргетированная реклама – реклама, направленная на пользователя и построенная на основе анализа его предпочтений), онлайн записи к Оператору через сайты третьих лиц, а также записи к Оператору с привлечением третьих лиц, оказывающих услуги по записи у Оператора, сайт самого Оператора, а также запись к Оператору по телефону Оператора или с помощью мессенджеров (при наличии технической возможности Оператора); предоставления мне иных сервисов Оператора.

- на обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, информационную систему, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договором ДМС, передачу (предоставление) персональных данных/сведений, составляющих врачебную тайну Заказчикам по договорам ДМС.

- на запись разговоров (в том числе телефонных) со мной, производимую в целях повышения качества обслуживания без дополнительного уведомления.

Мне известно, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет с момента последнего обращения. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа (заявления (отзыва)), который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, при этом, я осознаю, что в соответствии с ч. 2 ст. 9 152-ФЗ в случае отзыва согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных. В частности, обработка персональных данных будет осуществляться в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, не влечет уничтожения медицинской документации, договора и приложений к нему, что ответ на заявление (отзыв) не предусмотрен.

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен(а) с положением об обработке и защите персональных данных Оператора, размещенной на сайте <https://avroraclinica.ru>.

_____ / _____

Дата _____ года