

## **Согласие Пациента на обработку персональных данных (телемедицина)**

Настоящим я, даю согласие на обработку моих персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе. **Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:** Общество с ограниченной ответственностью «Многопрофильный центр современной медицины «Евромед» (ИНН 5504248024, юр. адрес 644024, Омская область, город Омск, Съездовская ул., дом 29 корпус 3) (далее - ООО «МЦСМ «Евромед»).

**Цель обработки персональных данных:**

Обработка персональных данных необходима в целях оказания медицинской помощи, в том числе посредством телемедицины, а также в целях направления мне Оператором указанной в настоящем согласии информации.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:**

Фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; возраст; пол; СНИЛС; номер телефона; документ удостоверяющий личность (тип документа, серия, номер дата выдачи, кем выдан); гражданство; социальный статус; место работы; место учебы; должность; адрес прописки; адрес проживания; полис ОМС (серия и номер, дата действия); номер договора; ЛПУ прикрепления; полис ДМС (серия и номер, дата действия); сведения об оплате; медицинские сведения: анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; номер листка нетрудоспособности; сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия ОС, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник перехода на сайт, ipадрес), иные сведения, необходимые медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных, с помощью которых можно идентифицировать субъекта персональных данных.

Также выражаю согласие на аудио-, видеозапись при оказании мне медицинских услуг, в том числе посредством телемедицины.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться с применением средств автоматизации, а также без применения таких средств, с фиксацией персональных данных на бумажных носителях.

Перечень действий с персональными данными, осуществляемые при обработке: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача (распространение, предоставление, доступ), в том числе в открытом виде с применением открытых каналов связи, блокирование, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Оператор вправе осуществлять информационный обмен указанными данными посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - единая система) или государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, без специального уведомления меня об этом

**Даю согласие на передачу моих персональных данных третьим лицам, поименованным в настоящем согласии, свободно, своей волей и в своем интересе.**

**Оператор передает персональные данные с целью исполнения договора по оказанию платных медицинских услуг (Телемедицина), в том числе для использования личного кабинета пациента в медицинской информационной системе, оформления информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство, идентификации и аутентификации пациента, оформления согласия пациента на обработку персональных данных, подписания договора на оказание медицинских услуг пациентом, осуществления записи на консультацию, получения медицинского заключения по результатам проведенной консультации и т.п. следующим третьим лицам- получателям персональных данных:**

- ООО «Решение»
- ООО «СЗК «Инфосвязь»
- ООО «Облачная медицина»

**Перечень персональных данных:** Фамилия, имя, отчество; дата рождения; пол; номер телефона; номер договора; сведения об оплате; медицинские сведения: анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; адрес электронной почты, пользовательские данные.

**Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:**

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Срок действия настоящего согласия – до момента отзыва настоящего согласия.

Отзыв согласия осуществляется на основании:

- письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, оформленного согласно типовой форме отзыва согласия на обработку персональных данных, утв. ООО «МЦСМ «Евромед»;
- ликвидации ООО «МЦСМ «Евромед».

Я также выражаю согласие на получение рекламных и/или информационных сообщений по каналам электросвязи (в том числе посредством подвижной радиотелефонной связи) следующими способами доставки: текстовое сообщение (SMS) на указанный мной и принадлежащий мне номер мобильного телефона, рассылка посредством мессенджеров, голосовой обзвон, рассылка на указанный мной и принадлежащий мне адрес электронной почты.

**Подпись субъекта персональных данных:**

*Подписано простой электронной подписью*