

Нажимая кнопки «Отправить», «Записаться на приём», «Подписаться» в соответствующем окне сайта, я даю свое согласие Атаянц Светлане Александровне (далее - Оператор), на обработку персональных данных.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", я подтверждаю свое согласие, находясь в состоянии дееспособности, на обработку Оператором моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, данных результатов обследования случаях онлайн информирования, а так же в случаях обращения за медицинской помощью в рамках очного приёма путём записи через сайт - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам или подразделениям Оператора или сторонним лицам в соответствии с законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. В соответствии с законодательством таковыми являются специализированные медицинские учреждения, контролирующие эпидемиологическую обстановку социально опасных инфекционных заболеваний (кожно-венерологический диспансер, СПИД центр, эпидемиологическое бюро Роспотребнадзора, органы местного управления и федерального подчинения, производящие надзор за качеством оказания медицинской помощи (Министерство здравоохранения и территориальное управление Росздравнадзора), следственные и судебные органы, а также медицинские учреждения и организации, в которые Оператор по показаниям направляет пациента или взятые у него образцы для исследования.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия или в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.