

## Согласие а обработку персональных данных

Настоящим я подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Василеостровская Клиника Репродукции», расположенным по адресу: г. Санкт-Петербург, 13-я линия В.О., д. 10, лит. А (далее - Оператор) моих персональных данных, а также персональных данных моих детей: фамилия, имя, отчество, пол, раса, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, любые мои фотографии (в случае моего участия в качестве Суррогатной матери или Донора биоматериала в программе лечения бесплодия пациентов Клиники, включающей использование суррогатного материнства или донорского биоматериала), тип внешности, образование, профессия, семейное положение, сведения о наличии детей, рост вес, цвет глаз, цвет волос, овал лица, вредные привычки, реквизиты полиса ОМС и/или ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, анамнез, диагноз, заболеваниях, случаях обращения за медицинской стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, реабилитационно-восстановительным лечением, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

В случае моего участия, в качестве Донора биоматериала или Суррогатной матери, в программе лечения бесплодия пациентов, включающей использование донорского биоматериала или суррогатного материнства, к персональным данным, указанным выше, также относятся любые фотографии (мои и моих детей), как сделанные специалистами клиники, так и предоставленные мною и образцы голоса (моего и моих детей), сведения об опыте участия в программах донорства или суррогатного материнства. Фотографии, указанные в настоящем абзаце, остаются в личном деле, сформированном Обществом с ограниченной ответственностью «Василеостровская Клиника Репродукции», для целей исполнения договоров, заключенных между мной и Оператором.

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,

Я предоставляю Оператору право осуществлять обработку персональных данных (в том числе содержащих сведения, составляющие врачебную тайну): любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в том числе, но, не ограничиваясь, с использованием машинных носителей или по каналам связи (в том числе через интернет-сайт оператора <http://www.ngc.clinic>), с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Я предоставляю право и подтверждаю свое согласие на то, чтобы специалисты Оператора сфотографировали меня и хранили мою фотографию, а также фотографии моих детей в личном деле.

В целях исполнения своих обязательств при работе в системе здравоохранения (включая предоставление медицинских услуг, работу по программам ОМС, ДМС), Оператор имеет право на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и организациями (в том числе Фонд социального страхования Российской Федерации, Пенсионный фонд Российской Федерации, Минздрав России, Комитеты по здравоохранению, а также подразделения указанных организаций), связанными договорными обязательствами с Оператором и/или при взаимодействии с которыми предоставление персональных данных является обязательным для Оператора в силу действующего законодательства РФ и/или международных актов.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные для получения/предоставления государственной оперативной статистической отчетности, отчетных форм, предусмотренных документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по оказанию медицинских услуг, организациям, осуществляющим руководящую, регламентирующую, контрольную и/или методическую функцию.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных 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.

Настоящее согласие действует бессрочно.