

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ООО «НАУКА ПСИ2.0» ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, выразивший своё согласие путём принятия оферты и данного документа, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ и статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 №5487-1, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «НАУКА ПСИ2.0» (далее- Оператор) моих персональных данных, включающих:

- Фамилию, имя, отчество; пол; дату рождения; адрес места жительства; контактные телефоны; реквизиты паспорта (документа удостоверения личности); реквизиты полиса медицинского страхования; данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях проведения научно-исследовательской деятельности и оказания консультационных и информационных услуг, в т.ч. платных.
- В процессе оказания Оператором мне психологической помощи я предоставляю право сотрудникам ООО «НАУКА ПСИ2.0» передавать мои персональные данные, содержащие сведения, в т.ч. составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в моих интересах .
- 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 порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной документации, в т.ч. медицинской, а также договором на оказание консультационных, информационных услуг между мной и Оператором.
- Оператор имеет право во исполнение своих обязательств в указанных выше целях на 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, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную служебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё 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 выполнения обязательств Оператора.
- По истечении указанного выше срока моих персональных данных (25 лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из базы данных автоматизированной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.