

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя отчество)

проживающий (ая) по адресу:

(адрес места жительства)

паспорт _____, выданный « ____ » _____ г.
(номер, серия) (дата выдачи)

(наименование органа, выдавшего документ)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю свое согласие оператору персональных данных – компании «Медвайзер Оперейшнс Лимитед», юридическому лицу, созданному и зарегистрированному в соответствии с законодательством Гонконга, регистрационный номер 2237420, адрес: Юнит А-С, 25/F, Сибрайт Плаза, № 9-23, Шелл стрит, Норт Пойнт, Гонгконг (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных в целях организации оказания мне медицинских услуг специалистами, сведения о которых размещены на сайте <https://medviser.ru>, по моему выбору.

Мои персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: фамилию, имя, отчество, пол, номер телефона, адрес электронной почты, адрес в мессенджере «Скайп», антропологические данные (рост и вес), сведения о состоянии моего здоровья и об оказанных мне специалистами медицинских услугах, включая анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, дату оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, результаты лабораторных анализов, результаты исследований, данные специализированных медицинских систем (томограммы, рентгенограммы, снимки и т.п.).

Настоящее согласие дается мною также на трансграничную передачу персональных данных, в том числе в страны, не обеспечивающие адекватную защиту прав субъектов персональных данных, на территории которых находятся выбранные мною специалисты, которые будут оказывать мне медицинские услуги.

Действия с моими персональными данными, выполняемые Оператором, включают: запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, доступ персонала в необходимых для оказания услуги случаях, а также, по моему распоряжению, доступ врачей по моему выбору, а в случае, если мне будет оказываться медицинская помощь за рубежом – также контрагентам Оператора, организующим оказание такой помощи, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Предусматривается автоматизированная обработка моих персональных данных с передачей полученной информации с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Согласие дается на период оказания мне Оператором услуги по содействию в получении медицинской помощи от специалистов, чьи данные размещены на сайте Оператора. Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных по окончании оказания услуги, а также в случаях и в течение периода времени, предусмотренных применимым законодательством.

Я осведомлен, что могу отозвать согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем согласии, направив Оператору заявление в произвольной, в том числе в электронной форме, по электронной почте, с указанием идентифицирующих меня данных, указанных при регистрации на сайте Оператора.

Подписано простой электронной подписью.

Фамилия, имя и отчество (если имеется) полностью.

Дата подписи.