

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Предоставляя настоящее согласие, в том числе путем его подписания, проставления знака в веб-форме, путем произведения оплаты субъектом персональных данных медицинских услуг отправке смс-кода, QR-кода, акцепта договора-оферты, размещенной на интернет-сайте: <https://online.viva-lab.ru> - я клиент (пациент) обратившийся в ООО «ВИВАЛАБ» (ИНН 5032323444, ОГРН 1205000104484), даю добровольное согласие предоставить (и предоставлять в дальнейшем в случае изменения) для размещения и дальнейшей обработки в базах данных ООО «ВИВАЛАБ», медицинской организации Диагностический центр (Центр лабораторных исследований) Департамента здравоохранения города Москвы (ГБЗУ «ДЦЛИ ДЗМ»), ООО «Гемоскрин» – партнерам ООО «ВИВАЛАБ», в Единой медицинской информационно-аналитической системе города Москвы, а также в иных информационных (не общедоступных) ресурсах и иным партнерам ООО «ВИВАЛАБ», для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и безопасности на территории Российской Федерации, свои достоверные и документированные персональные данные, а также, если применимо, ФИО и дату рождения моего несовершеннолетнего ребенка.

Цель обработки персональных данных – совершение действий, направленных на получение клиентом (пациентом) медицинских услуг, сдачу анализов, получение результатов анализов, иное медицинское вмешательство.

Перечень персональных данных - фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, гражданство; данные паспорта; адрес места жительства, телефон; данные медицинских документов, результаты анализов и иных исследований, иные персональные данные, необходимые для оказания медицинских услуг.

Я ознакомлен, что обработка персональных данных включает в себя любое действие или совокупность действий с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая обмен (прием и передачу), сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу, уничтожение, создание информационных систем персональных данных, в том числе передачу партнерам-медицинским организациям. Я согласен, что мои персональные данные будут использованы в целях, связанных с совершением действий, необходимых и достаточных для предоставления мне - клиенту (пациенту) - медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями-партнерами, на период оказания услуг, а также на период хранения в архиве документов, содержащих персональные данные.

Я предупрежден, что имею бесплатный доступ к моим персональным данным и право на полную информацию об их содержании. Я заявляю, что использование и распространение информации, касающейся моей частной жизни, не должно осуществляться без моего письменного согласия.

Я согласен на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, не запрещенных действующим законодательством Российской Федерации.

Данное согласие может быть отозвано полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т. ч. в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

При этом я соглашаюсь, что договор на оказание платных медицинских услуг, заключаемый мной с медицинской организацией – партнером, может быть заключен путем отправки смс-кода, сканирования QR-кода, проставления знака в веб-форме, акцепта договора-оферты, размещенной на интернет-сайте: <https://online.viva-lab.ru> и заключение такого договора подтверждается выданным ООО «ВИВАЛАБ» кассовым чеком.

Я согласен(а), что результат лабораторного исследования будет отправлен на указанную мной электронную почту при регистрации и подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается ООО «ВИВАЛАБ». За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну и утечку информации, ООО «ВИВАЛАБ» ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Дата

Место

Подпись