



Медичний центр «ДІВЕРО»
ТОВ «ДІВЕРО-НИВКИ»
03117, м. Київ, пр. Берестейський, 67
Контакт центр 044/066 350-77-77
e-mail: info@divero.com.ua



Код ЄДРПОУ 44614123

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

ПІБ пацієнта (фізична особа, яка отримує медичну допомогу)

ПІБ законного представника пацієнта (батька, матері)

Шляхом підписання цього документа усвідомлено та вільно підтверджую, що повідомлений (-на) та надаю свою згоду ТОВ «ДІВЕРО-НИВКИ» Медичний центр «ДІВЕРО» на обробку моїх персональних даних, що передбачає будь-яку дію або сукупність дій, таких як збирання, реєстрація, накопичення, зберігання, адаптування, зміна, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізація, передача), знеособлення, знищення персональних даних, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих: база даних «Doctor Eleks»), систем про фізичну особу, яка проведена (проводиться) ТОВ "ДІВЕРО-НИВКИ" Медичний центр «ДІВЕРО» повністю або частково в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних, що знаходиться за адресою: 03117, м. Київ, проспект Берестейський, 67, з метою забезпечення реалізації відносин при наданні медичних послуг ТОВ «ДІВЕРО-НИВКИ» Медичний центр «ДІВЕРО», що здійснює господарську діяльність з медичної практики згідно Ліцензії МОЗ України № 32 від 27 жовтня 2022 року.

Мені також роз'яснено мої права суб'єкта персональних даних згідно з статтею 8 Закону України «Про захист персональних даних» від 3 липня 2013 року N 383-VII (із змінами).

Я надаю свою згоду ТОВ «ДІВЕРО-НИВКИ» Медичному центру «ДІВЕРО» на надсилання результатів лабораторних досліджень, діагностики та лікування, консультативних висновків лікарів, іншої запитуваної інформації про мене або мою дитину, що міститься в базі даних ТОВ «ДІВЕРО-НИВКИ» Медичного центру «ДІВЕРО», на електронну адресу та/або номер (и) телефону(ів) вказані вище.

Підписанням цього документу, я підтверджую достовірність зазначених мною (чи записаних з моїх слів) вищевказаних даних та несу персональну відповідальність за достовірність та повноту наданих даних.

Підписанням цього документу підтверджую, що не матиму претензій до ТОВ «ДІВЕРО-НИВКИ» Медичного центру «ДІВЕРО» щодо розголошення лікарської таємниці/конфіденційної інформації у разі надсилання їх на вказані вище електронну адресу або номер(и) телефону(ів). Підтверджую, що розумію можливі ризики та несу персональну відповідальність за передачу доступу (логіну, паролю) до електронної пошти або зазначеного (их) номеру (ів) телефону(ів) третім особам.

Надаю свою згоду на супроводження та перебування разом з моєю дитиною під час отримання медичних послуг в Медичному центрі «ДІВЕРО» наступних осіб та надання їм консультативних висновків лікарів, іншої медичної документації, що стосується моєї дитини і містить лікарську таємницю:

Прізвище, ім'я, по-батькові	Ким особа приходить до дитини: (бабуся, няня, тітка, дядько ...)

Цим документом я підтверджую, що мене було особисто повідомлено про мету обробки моїх персональних даних, про володільця та розпорядника моїх персональних даних, про мої права як суб'єкта персональних даних та що я надаю свою згоду на таку обробку моїх персональних даних ТОВ "ДІВЕРО-НИВКИ" Медичний центр «ДІВЕРО».

« _____ » 20 ____ року

(ПІБ)

(підпис)