

ФІЗИЧНА ОСОБА-ПІДПРИЄМЕЦЬ
ВАЛІХНОВСЬКИЙ РОСТИСЛАВ
ЛЮБОМИРОВИЧ
ІД.КОД: 2671809273
МФО: 306500
БАНК: АТ "АБ "РАДАБАНК", м. ДНІПРО
Р/р: UA44306500000026009500006220
Адреса: 02098, м.Київ, вул. Березняківська, буд.
34-А,кв.21

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ОСОБИ НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ ТА МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

При зверненні до **ФОП Валіхновський Р.Л. (2671809273)**

(надалі - Виконавець) я особисто надаю згоду на збір, обробку та зберігання моїх персональних даних та медичної інформації до локальної інформаційної системи, яка є у Виконавця. Зібрані в програмі (в локальній інформаційній системі) дані будуть використовуватися для відстеження.

Мені відомо, що відповідно до чинного законодавства України, персональні данні – це відомості чи сукупність відомостей про фізичну особу, яка ідентифікована або може бути конкретно ідентифікована, а медична інформація – це інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження у будь-яких надавачів медичних послуг, зокрема відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я пацієнта.

Я добровільно звертаюся до Виконавця та надаю повну відому мені інформацію про стан мого здоров'я, та мої персональні дані.

Я погоджуюсь на збір, обробку та зберігання Виконавцем моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Я погоджуюсь на збір, обробку та зберігання Виконавцем медичної інформації щодо мене, а саме діагнозів, рентген-знімків, результатів обстежень, даних апаратних та лабораторних методів дослідження, медичних висновків, виписок з медичних карт, довідок, листів-відповіді та будь-яких інших даних щодо стану мого здоров'я.

Я згоден(на), що під час виконання свої зобов'язань Виконавець може проводити фото та/або відео фіксацію та в подальшому може використовувати знеособлені результати такої фіксації в рекламних, маркетингових, навчальних та інших цілях, що не суперечать законодавству України.

Я погоджуюсь, що Виконавець зобов'язується забезпечити конфіденційність та безпеку моїх персональних даних та медичної інформації під час їх обробки. Працівники Виконавця здійснюють обробку моїх персональних даних та медичної інформації виключно у зв'язку з виконанням їхніх професійних обов'язків та зобов'язуються не допускати розголошення персональних даних та медичної інформації, які їм були довірені або стали відомі у зв'язку з виконанням професійних, службових та трудових обов'язків.

Я погоджуюсь, що послуги Виконавця з обробки інформації є платними та зобов'язуюсь їх оплатити у повному обсязі.

Відповідною електронною відміткою я підтверджую, що перед прийняттям цієї згоди мені було роз'яснено мету збирання і обробки моїх персональних даних, медичної інформації. та мої права як суб'єкта персональних даних, медичної інформації передбачених ст. ст. 8, 12, Закону України «Про захист персональних даних», Законом України «Про інформацію» та Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

**ФІЗИЧНА ОСОБА-ПІДПРИЄМЕЦЬ
ВАЛІХНОВСЬКИЙ РОСТИСЛАВ
ЛЮБОМИРОВИЧ**

РНОКПП: 2671809273

МФО 306500

БАНК: АТ «АБ "РАДАБАНК"», м. Дніпро

Р/р: UA443065000000026009500006220

Адреса: 02098, м. Київ, вул. Березняківська, буд. 34-А, кв.21

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ОСОБИ
НА АВТОМАТИЧНЕ ЩОРІЧНЕ СПИСАННЯ АБОНЕНТСЬКОЇ ПЛАТИ ЗА
ПОСЛУГУ «ПЕРСОНАЛЬНА ЕЛЕКТРОННА МЕДИЧНА КАРТА» ВІД
SIMPLYNOMX**

При зверненні до **ФОП Валіхновський Р.Л.** (надалі - Виконавець) даю згоду на автоматичне, щорічне списання абонентської плати за послугу «Персональна електронна медична карта» від SimplyNomX на веб-сайті www.simplynomx.com, через платіжну систему LIQPAY у розмірі 2000 грн. на рік.

Мені відомо, що абонентська плата – це фіксований платіж, який встановлюється Виконавцем для користувача за послугу «Персональна електронна медична карта» незалежно від факту отримання послуги.

Я ознайомлений(на) з Інформованою добровільною згодою особи на обробку персональних даних та медичної інформації.

Я ознайомлений(на) з моїми правами користувача:

- зареєструватися у «Персональній електронній медичній карті»;
- користуватися «Персональною електронною медичною картою» в порядку, якщо метою такого використання не є одержання прибутку або доходу;
- надавати Виконавцю пропозиції щодо покращення роботи та використання «Персональної електронної медичної карти»;
- припинити використання «Персональною електронною медичною картою». Мені відомо, що у разі відмови від автоматичного списання щомісячних платежів, я позбавляюсь права користування «Персональною електронною медичною картою» та усіх додаткових переваг даної послуги.

Я ознайомлений(на) з моїми обов'язками користувача:

- дотримуватися положень чинного Законодавства України та інших спеціальних документів Виконавця;
- використовувати можливості «Персональної електронної медичної карти» тільки в законних цілях;
- утримуватися від здійснення дій, що перешкоджають роботі «Персональної електронної медичної карти»;
- не відтворювати, не повторювати, не копіювати, не продавати, не перепродавати, а також не використовувати будь-яким способом для яких-небудь комерційних цілей «Персональну електронну медичну карту» або будь-які частини його вмісту без письмової згоди Виконавця;
- не вживати спроби з відключення чи іншого втручання в будь-які технічні засоби захисту «Персональної електронної медичної карти».

Відповідною електронною відміткою я підтверджую, що був(ла) ознайомлений з моїми правами та обов'язками, як користувача «Персональною електронною медичною картою» від SimplyNomX на веб-сайті www.simplynomx.com.