

ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА «ЯШАМ» ФОРМА ЯВНОВЫРАЖЕННОГО СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Мы, как компания Анталья Яшам Хастанелери Озель Саглык Хизметлери А.Ш.(АО) («Яшам») и дочерние и связанные с Яшам компании (все вместе далее именуются как «Группа компаний Яшам»), действуя в ниже указанных рамках в качестве Ответственного за персональные данные лица, в рамках Закона о защите персональных данных номер 6698 («Закон») и прочего применимого законодательства, настоящим просит вас предоставить явновыраженное согласие на регистрацию и обработку ваших персональных данных согласно положений Основного закона о медицинском обслуживании номер 3359, Постановление, имеющее силу закона, об организации и обязанностях Министерства здравоохранения и его подразделений номер 663, Циркуляра частных медицинских учреждений и нормативных актов Министерства здравоохранения, а также прочего законодательства.

1. МЕТОД И ПРАВОВОЕ ОСНОВАНИЕ СБОРА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я извещен о том, что мои персональные данные собираются и обрабатываются в любого рода устной, письменной, визуальной или электронной форме, в нижеуказанных целях, и для обеспечения возможности осуществления любых действий в составе сфер деятельности Группы компаний Яшам в рамках закона, а также, в данном контексте, для возможности исполнения Группой компаний Яшам всех договорных и установленных законом обязательств в полной мере и наблюдающим образом. Правовые основания для сбора моих персональных данных таковы:

Положения Закона о защите персональных данных номер 6698, Основного закона о медицинском обслуживании номер 3359, Постановление, имеющее силу закона, об организации и обязанностях Министерства здравоохранения и его подразделений номер 663, Циркуляра частных медицинских учреждений, Циркуляра об обработке персональных данных о состоянии здоровья граждан и заите частной жизни таковых, нормативных актов Министерства здравоохранения, а также прочего законодательства.

Также, как это определено положениями 3 пункта 6 статьи Закона, персональные данные, касающиеся здоровья и половой жизни граждан допускаются к обработке, без обязательства получения явновыраженного согласия на обработку заинтересованного лица, только в целях защиты общественного здоровья, оказания профилактических медицинских услуг, услуг диагностирования, лечения и ухода, планирования и управления услугами в области здравоохранения и финансирования, и только со стороны лиц, обязавшихся сохранять секретность таковых или со стороны уполномоченных учреждений и организаций.

Персональные данные, обработка которых предусматривается исключительно в целях, указанных в данной форме, ни при каких обстоятельствах не будут использоваться в прочих, не определенных здесь, целях.

2. ПЕРЕДАЧА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Мои персональные данные, в рамках положений Основного закона о медицинском обслуживании номер 3359, Постановление, имеющее силу закона, об организации и обязанностях Министерства здравоохранения и его подразделений номер 663, Закона о защите персональных данных номер 6698, Циркуляра частных медицинских учреждений, Циркуляра об обработке персональных данных о состоянии здоровья граждан и защите частной жизни таковых, нормативных актов Министерства здравоохранения, а также прочего законодательства, могут передаваться в нижеуказанных целях в адрес:

Министерства здравоохранения, подразделений при министерстве и центров семейной медицины, частных страховых компаний (медицинское, пенсионное страхование, страхование жизни и проч.), учреждения социального обеспечения, Главного управления полиции и других правоохранительных органов, Главного управления гражданской регистрации населения, Ассоциации фармацевтов Турции, судебных органов, медицинских лабораторий, расположенных на территории страны и за рубежом, с которыми сотрудничает наша компания в целях диагностирования и организации лечения, медицинских центров, машина скорой помощи, предприятиям, предоставляющим медицинское оборудование и услуги в сфере здравоохранения, медицинскому учреждению, в которое пациент был направлен или в которое таковой самостоятельно обратился, вашим уполномоченным законным представителям, третьим лицам, предоставляющим нам консультационные услуги различного рода, включая юристов, налоговых консультантов и аудиторов, с которыми мы сотрудничаем, регулирующим и надзорным/контролирующим органам и государственным службам, группе компаний, связанной с нашей Больницей и/или системам на территории страны и за рубежом, вашему работодателю, поставщикам, услугами которых мы пользуемся или с которыми сотрудничаем, поставщикам услуг поддержки и помощи, поставщикам услуг архивного учета, а также нашим деловым партнерам (для получения более подробной информации вы можете обратиться в нашу больницу с соответствующим письменным запросом).

3. МОИ ПРАВА В ВОПРОСЕ ЗАЩИТЫ МОИХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я проинформирован о том, что: согласно положений Закона и соответствующего законодательства, я имею право быть проинформированным в отношении того, обрабатываются ли мои персональные данные, право на запрос подробной информации, в случае если мои персональные данные обрабатываются, право на доступ к данным о моем здоровье и право на запрос таковых данных, право на информирование о цели обработки персональных данных, и о том, обработаны ли мои персональные данные в соответствии с этой целью, право на получение информации о третьих лицах внутри страны или за рубежом, которым передаются мои персональные данные, право на подачу запроса на исправление персональных данных, если при их обработке возникли недостатки или ошибки, право на подачу запроса на удаление или уничтожение персональных данных, право требовать извещения третьих лиц, которым были переданы мои персональные данные, о проведенных действиях по исправлению моих персональных данных, в случае неполной или ошибочной обработки таковых и/или в случае удаления или уничтожения моих персональных данных, право на возражения / опротестования негативных для меня последствий, возникших при анализе обрабатываемых данных только посредством автоматической системы, право на запрос возмещения и устранения ущерба, возникшего в результате обработки моих персональных данных в нарушение Закона.

4. ЦЕЛИ ПОЛУЧЕНИЯ и ОБРАБОТКИ МОИХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Посредством ознакомления с Информационным Текстом по вопросу обработки персональных данных, я проинформирован о том, что мои персональные данные получаются вами в целях предоставления мне высокого уровня обслуживания, в устной, письменной, визуальной или электронной форме через Call-центр, чей интернет, мобильные приложения, физические носители информации и прочие коммуникационные каналы в зависимости от характера предоставляемых услуг. В данном контексте ниже перечислены все общие и особого характера персональные данные, и в частности данные о здоровье, необходимые и получаемые с целью предоставления услуг диагностирования, медицинского осмотра, лечения и услуг по уходу:

Мои идентификационные данные, такие как мое имя, фамилия, индивидуальный номер гражданина Т.Р., и номер моего паспорта или временный идентификационный номер на территории Т.Р., в случае, если я не являюсь гражданином Турции, место и дата рождения, семейное положение, данные о моем поле, а также предъявленные мною копии удостоверения личности гражданина Т.Р. или водительского удостоверения, номер страховки и медицинской карточки, прочие идентифицирующие мою личность данные, мои контактные данные, такие как мой адрес, номер телефона, адрес эл.почты, платежные данные, такие как номер банковского счета, данные о кредитной карте, номер счета IBAN, данные для оформления счет-фактуры, представленные в моем деле с целью наблюдения результаты лабораторных и визуальных обследований, результаты анализов, биометрические и генетические данные,

медицинские справки, аналитические заключения и отзывы врача, данные о приеме у врача, данные комплексной диагностики, данные осмотра врача, данные о рецептах и прочие подобного рода медицинские данные и данные о моей половой жизни, получаемые в процессе предоставления мне медицинских, диагностических услуг, в ходе лечения и ухода, мои отзывы и комментарии, которыми я поделился (-лась) с целью оценки ваших услуг, видео и звукозаписи, сделанные системой видеонаблюдения в целях контроля в ходе моего посещения вашей больницы, данные о сопровождающем лице в случае наличия такового, аудиозаписи разговора, ведущиеся в случае моего обращения через call-центр, персональные данные, полученные в случае моего обращения к вам по эл.почте, письмом и прочими подобного рода средствами связи, данные о моей частной медицинской страховке с целью финансирования и планирования медицинского обслуживания, данные Учреждения Социального Обеспечения, данные о гос.номере моего транспортного средства, в случае пользования мною услугами автопарковки и парковщика, данные о посещении вашего веб-сайта и мобильного приложения, IP адрес, cookie файлы, данные сканирования и прочие медицинские документы, анкеты, формы, переданные мною по собственному желанию, данные о моем местонахождении.

Настоящим даю свое согласие на обработку вышеперечисленных персональных данных и персональных данных особого характера в частности в нижеуказанных целях:

Защита общественного здоровья, профилактические медицинские процедуры, медицинская диагностика, лечение и уход, планирование и управление финансированием и медицинским обслуживанием, Обмен информацией, запрошенной с Министерством здравоохранения и другими государственными учреждениями и организациями согласно соответствующему законодательству, Исполнение законодательных и регулирующих норм и требований, Финансирование вашего медицинского обслуживания со стороны подразделений по обслуживанию пациентов, финансового департамента, маркетинговой службы, оплата расходов на обследование, диагностику и лечение, Обмен информацией, запрашиваемой с частными страховыми компаниями в рамках вероятных запросов, Информирование меня о приеме у врача, на который я записан через call-центр и цифровые каналы, подтверждение моей личности отделами обслуживания пациентов, медицинскими работниками и call-центром, Планирование и управление внутренней деятельностью учреждения Администрацией больницы, Проведение отделами качества, опыта работы с пациентами, информационных систем анализа с целью усовершенствования медицинского обслуживания, Обучение сотрудников отделом кадров ил контроля качества, Поставка лекарств и медицинского оборудования, извещение о рождении ребенка, проведение исследований, Действия отдела аудита и информационных систем, связанные с мониторингом и предотвращением злоупотреблений и несанкционированных действий, Проведение отделами качества, опыта работы с пациентами, информационных систем анализа с целью проведения мероприятия по управлению рисками и повышению качества услуг, Выставление/оформление счет-фактур на услуги со стороны подразделений по обслуживанию пациентов, финансового департамента, маркетинговой службы, Подтверждение моих взаимоотношений с организациями, имеющими договорные отношения с больницей, со стороны подразделений по обслуживанию пациентов, финансового департамента, маркетинговой службы, Предоставление ответов на любого рода вопросы и реагирование на жалобы со стороны администрации больницы, отделов опыта работы с пациентами, прав пациентов, call-центра. Принятие всех необходимых технических и административных мер в области обеспечения безопасности данных наших больничных систем и приложений администрации больницы, отделом информационных систем, Предоставление сведений об акциях и условиях участия в таковых со стороны отдела маркетинга, СМИ и коммуникаций, call-центра, Разработка и предоставление специального контента, конкретных и абстрактных преимуществ на веб-и мобильных каналах, Измерение, повышение уровня и исследование удовлетворенности пациентов администрацией больницы, отделами по правам пациентов и по опыту работы с пациентами, Обеспечение возможности установления связи со мной с целью информирования об услугах, улучшение качества услуг работников службы безопасности больницы, Осуществление образовательно-учебной деятельности со стороны образовательных учреждений, сотрудничающих с учреждением/компанией.

Я подробно проинформирован и даю своё согласие на то, ято вышеуказанные мои «Персональные данные и данные, особого характера» могут храниться в архивах на физических и электронных носителях компании Яшам, Группы компаний Яшам и внешних поставщиков услуг таковых, при условии проявления щепетильности в данном вопросе и с соблюдением норм и требований закона.

5. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ПРИ КОТОРЫХ, В СООТВЕТСТВИИ С ЗЗПД НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПОЛУЧЕНИЕ ЯВНОВЫРАЖЕННОГО СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я оповещен о том, что при наличии хотя бы одного из нижеперчисленных обстоятельств, мои личные данные могут быть обработаны даже при отсутствии моего на то явновыраженного согласия: Наличие четкого прописанного положения в законе, Наличие объективной необходимости защищать жизнь или неприкосновенность личности лица, которое не имеет физической возможности выразить свое согласие или чье согласие не действительно с юридической точки зрения, Наличие необходимости обработки персональных данных стороны договора, при условии, что таковая имеет непосредственное отношение к установлению договорных отношений или исполнению договора. Обязанность Группы компаний Яшам выполнять свои юридические обязательства, Разглашение персональных данных самим заинтересованным лицом, Наличие необходимости обработки данных для установления, реализации или защиты права, Наличие необходимости обязательной обработки данных в законных интересах Группы компаний Чшам, при условии не нанесения данными действиями вреда основным правам и свободам заинтересованного лица. Также, персональные данные, касающиеся здоровья и половой жизни граждан допускаются к обработке со стороны Группы компаний Яшам без получения явновыраженного согласия на обработку заинтересованного лица, только в целях защиты общественного здоровья, оказания профилактических медицинских услуг, услуг диагностирования, лечения и ухода, планирования и управления услугами в области здравоохранения и финансирования.

Безопасность данных и право на подачу запроса

Ваши персональные данные тщательно охраняются в рамках технических и административных возможностей, также с учетом технических возможностей принимаются необходимые меры по обеспечению безопасности на уровне, соответствующем возможному риску. В рамках положений закона, вы вправе направить свой запрос любым из нижеперчисленных способов посредством заполнения «Формы заявки в соответствии с Законом о защите персональных данных», опубликованной на сайте по адресу: “www.yasamhastaneleri.com”.

| | | |
|--|--|--------------------|
| Хозяйственное предприятие Больница Яшам Частного Средиземноморского Медицинского Фонда Центральная система управления по вопросам населения (МЕРНИС): 8657259391744538 Анталья Яшам Хастанелери Озель Саглык Хизметлери Аноним Ширкети (АО) Центральная система управления по вопросам населения (МЕРНИС): 0070034123237563 | | |
| СПОСОБ ОТПРАВКИ ЗАЯВКИ | Письменную заявку можно направить | По эл.почте |

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| АДРЕСА ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАЯВКИ | Мкр-н Гебизли Мах., 1116-я улица, № 4 Муратпаша Анталья (Gebizli Mah.1116 Sk.No:4 Muratpaşa Antalya) Мкр-н ШириньялыМах., 1487-я улица, № 4 Муратпаша Анталья (Şirinyalı Mah.1487 Sk.No:4 Muratpaşa Antalya) | kvkk@yasamhastaneleri.com |
| ДАнные, НАПРАВЛЯЕМЫЕ В ЗАЯВКЕ | На конверте/ на извещении указывается «Запрос информации в рамках Закона о защите персональных данных», в противном случае заявка не будет принята к рассмотрению. ПРИМЕЧАНИЕ: Могут быть затребованы официальные документы, подтверждающие вашу личность. | В теме эл.письма указывается «Запрос информации в рамках Закона о защите персональных данных», в противном случае заявка не будет принята к рассмотрению. ПРИМЕЧАНИЕ: Могут быть затребованы официальные документы, подтверждающие вашу личность. Ускорить процесс идентификации вашей личности может отправка заявки с адреса эл.почты, ранее предоставленного вами для регистрации в системе нашего предприятия. |

НАСТОЯЩИМ подтверждаю, что ознакомился и мне понятны все сведения, указанные в **Ознакомительном/Информационном Тексте по вопросам обработки персональных данных**, подготовленном со стороны компании Анталья Яшам Хастанелери Озель Саглык Хизметлери Аноним Ширкети (АО), что я должным образом проинформирован (-а) в вопросах целей обработки моих персональных данных, организаций, предприятий, компаний и медицинских специалистов, которым будут переданы мои персональные данные, способов и правовых оснований сбора таковых, моих прав, касающихся защиты моих персональных данных, права на обеспечение безопасности моих данных и подачи соответствующей заявки, освещенных в **Ознакомительном/Информационном Тексте по вопросам обработки персональных данных, и**

ДАЮ СВОЕ ЯВНОВЫРАЖЕННОЕ СОГЛАСИЕ

НЕ ДАЮ СВОЕГО СОГЛАСИЯ

на хранение, обработку и передачу моих персональных данных и моих персональных данных, особого характера, в соответствии с положениями, указанными в **Ознакомительном/Информационном Тексте по вопросам обработки персональных данных**, за исключением случаев наличия необходимости обработки и передачи таковых в необходимом объеме с целью исполнения договора, в случаях, когда это явно предусмотрено нормой закона, в целях исполнения юридических обязательств компании Анталья Яшам Хастанелери Озель Саглык Хизметлери Аноним Ширкети (АО), в случаях, когда это необходимо для защиты общественного здоровья, осуществления профилактических медицинских мероприятий, осуществления медицинского обследования, диагностики и лечения, планирования и управления медицинским обслуживанием и финансированием.

**Согласно положениям Циркуляра о правах пациентов, 1 экземпляр формы будет выдан вам на руки. Сообщите о передаче формы.*

Собственноручно напишите «Ознакомлен. Смысл понятен»:.....

Фамилия, имя пациента.....**Подпись:**.....**Дата**...../...../.....**Время:**.....

Фамилия, имя близкого лица пациента.....**Подпись:**.....**Дата**...../...../.....**Время:**.....

Степень родства:.....

Фамилия, имя близкого лица пациента.....**Подпись:**.....**Дата**...../...../.....**Время:**.....

Степень родства:.....

Причина получения подтверждения от близкого лица пациента:

Пациент не достиг возраста 19 лет (*Необходимо проставление подписи обоими родителями - и отцом и матерью. В случае нахождения родителей в разводе, подпись проставляется родителем, назначенным опекуном ребенка*)

Не обладает правами опсариать / недееспособен, не вправе принимать решения (*подпись проставляется законным представителем или опекуном*)

Находится в бессознательном состоянии.

ПЕРЕВОДЧИК (в случае наличия языковых / коммуникационных проблем)

Сведения, переведенные мною и переданные пациенту/близкому лицу пациента, ему (ей) понятны.

Имя, фамилия переводчика:..... **Подпись:****Дата:**/...../.....**Время:**.....