

**MEDICOVER**

0 800 305 911
 www.medicover.com.ua
 reception@medicover.com.ua
 вул. Антоновича, 102
 м. Львів

**“ІНТЕРСОНО”**

0 800 305 911
 www.intersono.ua
 reception@intersono.ua
 вул. Антоновича, 102
 м. Львів

Ковалів Олена Романівна

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА
ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ****VOLUNTARY INFORMED CONSENT ON PERSONAL DATA
PROCESSING**

П.І.Б. : _____

Full name: _____

Дата народження: _____ р.

Date of birth: _____

Стать: _____

Gender: _____

Адреса реєстрації: _____

Registration address: _____

Місце проживання (якщо відрізняється): _____

Residing address (if other): _____

Підписанням даної Інформованої згоди я надаю Володільцю, а саме: Приватному підприємству «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР «ІНТЕРСОНО» (ідентифікаційний код: 31589486, місцезнаходження: Україна, 79057, м. Львів, вул. Антоновича, буд. 102, далі – «Медичний центр») згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01 червня 2010 року № 2297-VI (далі – «Закон») та інших нормативно-правових актів України, які стосуються захисту персональних даних. Обсяг персональних даних, згоду на обробку яких я надаю Медичному центру, обмежується обсягом даних, що були зазначені в цій Інформованій згоді, яка була мною заповнена, та у Договорі про надання медичних послуг, укладеному між мною та Медичним центром (далі – «Договір»), даних моєї медичної документації, моїми генетичними даними, а також результатами медичних оглядів, діагностичних та лабораторних досліджень, медичного втручання чи будь-яких інших процедур в рамках надання Медичним центром медичних послуг за Договором.

By means of signing this Informed Consent, I agree on processing personal data by the Controller, namely: "MEDICAL CENTRE "INTERSONO" Private Enterprise (identification code: 31589486, registered location: 102, Antonovycha Street, Lviv, 79057, Ukraine, hereinafter – "Medical Centre") as prescribed by the Law of Ukraine "On Personal Data Protection" dated 1 June 2010 No. 2297-VI (hereinafter - the "Law") and other personal data protection – related legal regulations of Ukraine. The scope of personal data consented to process herewith by the Medical Centre is limited by the scope of personal data specified in this Informed consent, which I filled in, in the Agreement on Medical Services, concluded between me and the Medical Centre (hereinafter – "Agreement"), data of my medical documentation, my genetic data as well as the results of medical examinations, diagnostics and laboratory tests, medical intervention and any other procedures in the framework of the medical services to be rendered by the Medical Centre under the Agreement.

Метою обробки наданих мною персональних даних є отримання мною медичних послуг, що надаються Медичним центром, отримання додаткової корисної інформації, пов'язаної з медичними послугами та станом здоров'я, генетику, роботою Медичного центру, в інших аналогічних цілях, що стосуються медичних послуг та стану здоров'я, генетики, а також (без обмеження) в цілях бухгалтерського обліку, захисту людей та майна, захисту претензій, та в цілях статистики (далі - «Мета обробки»).

The purpose of processing the personal data I shared shall be acquiring of medical services rendered to me by the Medical Centre, receiving additional valuable information relating to the medical services and health status, genetics the Medical Centre activity/operation, for other similar purposes relating to the medical services and health status, genetics, as well as (without limitation) accounting purposes, protection of persons and property, claims protection, statistics (hereinafter – "Purpose of Processing").

Мені було роз'яснено та зрозуміло всі мої права, передбачені статтею 8 Закону, включаючи право отримувати інформацію про умови надання доступу до персональних даних, право на доступ до моїх персональних даних, право отримувати відповідь про те, чи обробляються мої персональні дані, а також отримувати зміст таких персональних даних, право пред'являти вмотивовану вимогу володільцю персональних даних із запереченням проти обробки своїх персональних даних, право пред'являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних будь-яким володільцем та розпорядником персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними, право на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію, право звертатися із скаргами на обробку своїх персональних даних, право застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних, право знати механізм автоматичної обробки персональних даних, право на захист від автоматизованого рішення, яке має для мене правові наслідки, право відкликання цієї Інформованої згоди шляхом направлення до Медичного центру відповідної заяви рекомендованим листом з описом вкладення, після чого мої персональні дані знищуються (знеособлюються).

I was explained as to and I have understood all my rights under Article 8 of the Law, including the right to receive information on conditions for granting access to personal data, the right to access my personal data, the right to receive response as to whether my personal data is processed, and to receive the content of such personal data, the right to file a reasoned request with personal data controller objecting to the processing of my personal data, the right to file reasoned request to change or destroy my personal data by any controller or processor of personal data if such data is processed illegally or is unreliable, the right to protect my personal data against unlawful processing and accidental loss, destruction, damage due to intentional concealment, non-provision or delayed provision thereof, as well as protection against provision of information that is inaccurate or discredits honor, dignity and business reputation, the right to file complaints about processing of my personal data, the right to pursue legal remedies if legislation on personal data protection is violated, the right to be aware on personal data automatic processing mechanism, the right on protection against automated decision triggering legal consequences for me, the right to revoke this Informed Consent by sending the application to the Medical Centre via registered mail having schedule of attachments enclosed, following which my personal data shall be destroyed (depersonalized).

Я проінформований(-а) про те, що розпорядниками персональних даних, переданих згідно з цією Інформованою згодою та Договором, є: Медікавер Сп.з о.о. (Medicover Sp. z o.o.): Польща, 00-807, м. Варшава, вул. Ал. Єрозолимське, 96 (Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Poland); Медікавер Тех СРЛ (Medicover Tech SRL): Румунія, м. Бухарест (Сектор 2), бульвар Димитрія Помпеї, 5-7, будинок НВС 1, перший поверх, кімната 1М (București Sectorul 2, B-dul Dimitrie Pompeiu, Nr. 5-7, Cladirea HBC 1, Parter, Camera 1M, Romania); СТАФФБАСЕ ГМБХ (STAFFBASE GMBH): Німеччина, 09111, м. Хемніц, вул. Аннабергер, 73 (Annaberger Str. 73, 09111 Chemnitz, Germany); Майкрософт Айрленд Оперейшенс Лімітед (Microsoft Ireland Operations Limited): Ірландія, 2, м. Дублін, вул. Набережна сера Джона Роджерсона, 70 (70 Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Ireland); її афільювані особи й інші компанії групи Medicover (далі – «Розпорядники»).

I am informed that processors of personal data shared hereunder and under the Agreement shall be: Medicover Sp. z o.o.: Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Poland; Medicover Tech SRL: București Sectorul 2, B-dul Dimitrie Pompeiu, Nr. 5-7, Cladirea HBC 1, Parter, Camera 1M, Romania; STAFFBASE GMBH: Annaberger Str. 73, 09111 Chemnitz, Germany; Microsoft Ireland Operations Limited: 70 Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Ireland and its affiliates as well as other companies to Medicover Group (hereinafter – "Processors").

Розпорядники обробляють надані мною персональні дані в порядку, встановленому законодавством для конкретних і законних цілей, зазначених в цій Інформованій згоді та Договорі, згідно визначеної Меті обробки. Володілець, Розпорядники та/або треті особи взяли на себе зобов'язання забезпечити захист наданих мною персональних даних від їх незаконної обробки, а також від незаконного доступу до них. Володілець, Розпорядники та/або треті особи зобов'язуються вважати всю інформацію, що становить мої персональні дані, конфіденційною.

Я погоджуюсь, що Медичний центр має право без моєї додаткової згоди на передачу (поширення) персональних даних Розпорядникам та/або третім особам. До даних третіх осіб належать: органи державної влади та місцевого самоврядування, інші особи, які мають право отримувати дану інформацію у відповідності до вимог чинного законодавства, юристи, юридичні особи – члени групи компаній Medicover, контрагенти, з якими Медичним центром були укладені договори про надання послуг, виконання робіт.

Я надаю згоду на обробку наданих мною персональних даних, зазначених у цій Інформованій згоді та Договорі, у будь-яких комп'ютерних та/або інформаційних системах, які використовуються на законних підставах суб'єктом, що здійснює обробку персональних даних, а також згоду на транскордонну передачу персональних даних у іноземну державу для здійснення діяльності відповідно до зазначеної Меті обробки.

Залишаючи номер мобільного телефону та адресу електронної пошти, я надаю згоду на отримання повідомлень про медичні послуги, або з іншою інформацією, що відповідає Меті обробки. Я розумію, що доставка повідомлення залежить від мобільних операторів та постачальників послуг зв'язку та не є гарантованою. Медичний центр не несе відповідальність за отримання мною повідомлення.

Я погоджуюсь, що Медичний центр не може гарантувати та не несе відповідальності за доставку повідомлень електронною поштою, тому що доставка електронного листа залежить від налаштувань поштових серверів, антивірусних систем та спам-фільтрів моєї поштової скриньки.

Мені було роз'яснено та зрозуміло моє право на внесення застережень стосовно обмеження права Медичного центру на обробку моїх персональних даних під час надання цієї Інформованої згоди. Я підтверджую, що зазначені застереження з мене відсутні.

Підписанням даної Інформованої згоди, я надаю згоду на обробку персональних даних у випадку кожного наступного звернення до Медичного центру.

Мені відомо про відеозйомку в громадських місцях Медичного центру.

Мені було роз'яснено, що дана Інформована згода після її підписання зберігається в електронній формі в архіві Медичного центру (протягом 75 років, якщо інше не буде встановлено законом або ця Інформована згода не буде відкликана мною раніше), та я підтверджую, що копія цієї Інформованої згоди визнається достатнім доказом факту наявності згоди на обробку зазначених у ній та Договорі даних.

Я бажаю отримувати повідомлення та електронні листи від Медичного центру за наступними контактними даними:

Номер телефону: _____

Адреса електронної пошти: _____@_____

Текст даної Інформованої згоди мною прочитано і своїм підписом я засвідчую, що згоден(-на) із усіма пунктами цього документу, положення якого мені роз'яснені і зрозумілі:

Дата: _____р.

Підпис: _____

The Processors process the personal data I shared in a manner prescribed by law for the designated and legitimate purposes specified in this Informed Consent and the Agreement, in accordance with the Purpose of Processing abovementioned. The Controller, the Processors, and/or third parties have undertaken to protect the personal data I shared against its unlawful processing and access thereto. The Controller, the Processors, and/or third parties agree to treat all information constituting my personal data as confidential.

I agree the Medical Centre shall have the right requiring no my additional consent to transfer (distribute) personal data to the Processors and/or third parties. These third parties include: public authorities and local governments, other persons having the right to receive this information in accordance with applicable law, lawyers, legal entities - members of Medicover group of companies, contractors the Medical Centre has concluded service agreements, contracts for works with.

I consent to the processing of the personal data I shared as indicated herein and in the Agreement within any computer and/or information systems properly used by the data subject, as well as consent to the personal data cross-border transfer to a foreign state in order to perform activities under the Purpose of Processing specified.

Having my cellphone number and e-mail indicated, I agree to receive notifications as regards to the medical services or containing other information corresponding to the Purpose of Processing. I realize delivery of a message depends on mobile operators and service providers and shall not be certain. The Medical Centre shall not be held liable for the receipt of the said notification.

I agree the Medical Centre cannot guarantee and shall not be held liable for the notifications delivery by e-mail, since e-mail delivery depends on mail servers, anti-virus systems and spam filters of my mailbox settings.

I was clarified about and I understand my right to introduce reservations on restriction of the right of the Medical Centre to process my personal data at granting this Informed Consent. I confirm that I have no such reservations.

By means of signing this Informed Consent, I consent to my personal data processing whilst each further approach to the Medical Centre, if any.

I am aware as to video recording in public areas of the Medical Centre.

I was explained that the present Informed Consent upon signing hereof shall be stored in electronic form in the archives of the Medical Centre (within 75 years, unless otherwise is provided by law or this Informed Consent is revoked by me sooner), and I confirm that a copy of this Informed Consent shall be considered as sufficient evidence of consent to the processing of data specified herein and the Agreement.

I am willing to receive notifications and e-mails from the Medical Centre at the following details:

Cellphone number: _____

E-mail: _____@_____

I have read the content of this Informed Consent and with my signature I certify that I agree with all the provisions of this document, which have been explained and understood to me:

Date: _____

Signature: _____

-
- | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> ПОЛІКЛІНІКА | <input checked="" type="checkbox"/> ТРАВМАТОЛОГІЯ | <input checked="" type="checkbox"/> ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ | <input checked="" type="checkbox"/> ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ | <input checked="" type="checkbox"/> ПОЛОГИ | <input checked="" type="checkbox"/> ДОНАЦІЯ ЯЙЦЕКЛІТИН |
| <input checked="" type="checkbox"/> ХІРУРГІЯ | <input checked="" type="checkbox"/> ПЕДІАТРІЯ | <input checked="" type="checkbox"/> МЕДОГЛЯДИ | <input checked="" type="checkbox"/> ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ | <input checked="" type="checkbox"/> КРІОТЕХНОЛОГІЇ | <input checked="" type="checkbox"/> ЛАПАРОСКОПІЯ |