

# ТЗОВ «АЙКЮМЕД»

вул. Липова алея, буд. 15, м. Львів, 79035, тел. +38 (063) 103-6-103

e-mail: [iqmed@iqmed.com.ua](mailto:iqmed@iqmed.com.ua) [www.iqmed.com.ua](http://www.iqmed.com.ua)

Код ЄДРПОУ 43288396

Додаток №2 до "Публічного договору про надання послуг від «01» березня 2021 року

## ЗГОДА ЗАМОВНИКА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

У зв'язку із приєднанням до умов **Публічного договору про надання послуг, Я, отримувач медичної послуги) -**

Іванов Іван Іванович

надаю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01 червня 2010 року № 2297-VI та інших нормативно-правових актів України, які стосуються захисту персональних даних, в базі персональних даних, Володільцем якої є Товариство з обмеженою відповідальністю «Айкюмед» (далі – Володільць БПД»).

Обсяг персональних даних, згоду на обробку яких я надаю Володільцю БПД, обмежується обсягом персональних даних, необхідних для надання мені медичних чи інших, пов'язаних з ними послуг. ПД, що обробляються закладом охорони здоров'я, є загальні (зокрема прізвище, ім'я, по батькові, стать, дата народження, контактні дані), а також спеціальні дані про стан здоров'я особи (медична інформація про особу, що містить свідчення про стан здоров'я, історію її хвороби, про запропоновані дослідження і лікувальні заходи, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі про наявність ризику для життя і здоров'я), дані про етнічне, національне походження, статеве життя, а також генетичні та біометричні дані.

Метою обробки персональних даних є охорона здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг, створення бази клієнтів Володільця БПД, створення медичної документації, статистичних звітів та інших заходів, необхідних для виконання умов Публічного договору про надання послуг, а також для контактування зі мною, надання мені можливості швидкого та зручного доступу до результатів медичних послуг, отримання додаткової корисної інформації, пов'язаної з результатами медичних послуг та інформації про стан мого здоров'я, а також в інших аналогічних цілях, що стосуються надання мені медичних послуг та стану мого здоров'я, а також інших послуг, пов'язаних з медичними послугами (далі - «Мета обробки»).

Мені було роз'яснено порядок доступу до наданих мною персональних даних, право внесення в них змін чи припинення обробки таких персональних даних, а також інші права у сфері захисту персональних даних відповідно до чинного законодавства України.

Я поінформований про те, що розпорядниками бази даних, в якій зберігаються персональні дані, передані згідно з цією інформованою згодою, є Партнери Володільця БПД, із повним найменуванням та адресою яких я ознайомився та погодився у цій інформованій згоді та/або за посиланням [https://www.iqmed.com.ua/approved\\_partners](https://www.iqmed.com.ua/approved_partners) (далі – «Розпорядники БПД»). Розпорядники БПД обробляють надані мною персональні дані в порядку, встановленому законодавством для конкретних і законних цілей, зазначених в цій інформованій згоді, згідно визначеної Мети обробки. Володільць БПД, Розпорядники БПД взяли на себе зобов'язання забезпечити захист наданих мною персональних даних від їх незаконної обробки, а також від незаконного доступу до них. Володільць БПД, Розпорядники БПД зобов'язуються вважати всю інформацію, що міститься в базі персональних даних Володільця БПД, як конфіденційну.

Я погоджуюсь, що Володільць БПД має право без моєї додаткової згоди на передачу (поширення) персональних даних Розпорядникам БПД та/або третім особам. До таких третіх осіб належать: органи державної влади, місцевого самоврядування та інші особи, які мають право отримувати дану інформацію у відповідності до вимог чинного законодавства, адвокати, юридичні особи - контрагенти, з якими Володільцем БПД були укладені договори про надання послуг, виконання робіт. Я надаю Володільцю БПД та Розпорядникам БПД, третім особам згоду на передачу персональних даних Пацієнта, в тому числі результатів лабораторного дослідження біологічного матеріалу, у порядку, передбаченому чинним законодавством України, до Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (код ЄДРПОУ: 40524109) та/або лабораторного центру МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю.

Я погоджуюсь, що у випадку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію мої персональні дані можуть передаватися у порядку, передбаченому чинним законодавством України, виключно до закладу охорони здоров'я, який здійснює підтверджувальні дослідження, та не передаються Володільцем БПД Розпорядникам БПД або іншим третім особам.

Я надаю згоду на обробку наданих мною персональних даних, зазначених у цій інформованій згоді, у будь-яких комп'ютерних та/або інформаційних системах, які використовуються на законних підставах Володільцем БПД, Розпорядниками БПД, для здійснення діяльності відповідно до зазначеної Мети обробки. У випадку замовлення мною (або призначеною мною особою) послуг Володільця БПД та/або Розпорядника БПД у спеціальних комп'ютерних та/або інформаційних програмах (системах), я ознайомлений з переліком замовлених мною (або призначеною мною особою) послуг та бажаю отримати саме такі послуги.

Я надаю згоду Володільцю БПД та Розпорядникам БПД на відправлення отриманих ними результатів медичних послуг саме на електронну адресу, що була зазначена під час замовлення послуг. Відповідальність за коректність електронної адреси несу я.

Я погоджуюсь, що Володар БПД/або Розпорядники БПД не можуть гарантувати та не несуть відповідальності за доставку результатів медичних послуг електронною поштою, тому що доставка електронного листа залежить від

налаштувань поштових серверів, антивірусних систем та спам-фільтрів моєї поштової скриньки.

Залишаючи номер мобільного телефону, я надаю згоду на отримання повідомлень, в тому числі надісланих за допомогою програм та мобільних додатків 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. Володілець БПД та /або Розпорядники БПД не несуть відповідальність за отримання мною повідомлення.

Я надаю згоду Володільцю БПД та Розпорядникам БПД на використання контактних даних, які занесені в анкету чи мою медичну картку, Заяву на приєднання до Публічного договору, для надсилання повідомлень медичного, інформаційного та (або) рекламного характеру, текст яких може містити персональну та конфіденційну інформацію про мене.

Я **підтверджую** що контактні дані, в тому числі для надсилання інформації що містить конфіденційну інформацію та/або медичну таємницю є вказані вірно:

П.І.Б. Іванов Іван Іванович  
Дата народження 10.06.1999  
Контактний телефон +380669435946  
Email begimoty@gmail.com  
Повна адреса

П.І.Б та дата народження **Іванов Іван Іванович 01.01.1990 р.н.**

(при виявленні помилки - закреслити неправильні дані та вписати правильні завіривши виправлення підписом)

Я надаю дозвіл на обробку персональних даних вищевказаної особи як законний представник - **не застосовно**  
Підпис Законного представника \_\_\_\_\_

(вказати П.І.Б. Законного Представника. В випадку опікунства - надати копію рішення про призначення Опікуном)

**ПЕРЕЛІК ДОВІРЕНИХ ОСІБ**

19.02.2025 р.

Даю згоду на передачу інформації, пов'язаної з наданням мені послуг за Публічним договором, в тому числі, але не виключно, лікарської таємниці, іншої медичної інформації, будь-яких інших персональних даних наступним довіреним особам без подальшого мого письмового чи усного погодження:

- Жодних довірених осіб не вказую.

- 1. \_\_\_\_\_ (П.І.Б довіреної особи)  
телефон: +38 0 \_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_,
- 2. \_\_\_\_\_ (П.І.Б довіреної особи)  
телефон: +38 0 \_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_,
- 3. \_\_\_\_\_ (П.І.Б довіреної особи)  
телефон: +38 0 \_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_,

Підпис Пацієнта: \_\_\_\_\_

**Також:**

У випадку надання Пацієнту психіатричної допомоги, даю усвідомлену згоду Володільцю БПД, Розпорядникам БПД на передачу відомостей про стан психічного здоров'я Пацієнта та про факт звернення за психіатричною допомогою чи надання йому психіатричної допомоги з метою проведення обстеження, лікування чи захисту його прав і законних інтересів, а також в інших цілях, що відповідають Меті обробки.

Підпис Замовника (Пацієнта / Законного представника) : \_\_\_\_\_

19.02.2025 р.

Підпис представника ТзОВ "Айкюмед" \_\_\_\_\_



**Помітка в разі відкриття згоди замовника на обробку персональних даних:**

Дата відкриття згоди: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_



(підпис та П.І.П. працівника ТзОВ "Айкюмед")