СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В
Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Клиник»

Я, _____, зарегистрированный по адресу: _____, фактически проживающий по адресу: _____, паспорт: серия номер: _____, выдан: _____, являясь Пациентом в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Клиник» (далее – Оператор) персональных данных моих и Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья Пациента, его заболеваниях, сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, сведения об оказанной медицинской помощи, направление на госпитализацию, документы, формируемые при направлении пациентов в иные лечебные учреждения (выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя, результаты оказания медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, биометрических данных (физиологических и биологических характеристиках, позволяющих идентифицировать личность: фотографии, снимки, слепки и т.д.), случаях обращения за медицинской помощью, (а также подтверждаю свое согласие на информирование меня Оператором посредством телефонной, почтовой связи, смс-сообщениями и/или электронными письмами), в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка указанных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью (медицинским работником Оператора) и обязанным сохранять врачебную тайну. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), а также предоставления их, в том числе, но, не ограничиваясь, другим операторам, контролирующим и проверяющим органам, в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее — ЕГИСЗ), в фонды социального страхования, в органы статистики и иные организации, с которыми осуществляется взаимодействие в процессе оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи Пациенту я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения, оказания Пациенту медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе, но не ограничительно, по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе (в том числе, но не ограничительно, по договорам ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными Пациента (в том числе, но не ограничительно, со страховой медицинской организацией) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных и персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных и персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Одновременно даю согласие на использование информации о заболевании Пациента, фотографии зубов и полости рта Пациента, использование рентгенологических снимков Пациента, для публикаций на сайте Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Клиник», в соцсетях и в специальной литературе, в учебных целях без использования моих персональных данных и персональных данных Пациента.

Также я понимаю, что в случаях, установленных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, могут быть переданы без согласия гражданина или его законного представителя.

Настоящее согласие дано мной ,,,,,,,,,,г. по собственной воле и в своих интересах и действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Я проинформирован (-а), что в случае отзыва мной данного Согласия, оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Контактный телефон 79878788888

Адрес электронной почты

Согласен получать информацию об услугах Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Клиник»: в виде смс-сообщений или электронных писем _____ _____ Подпись _____	Не согласен получать информацию об услугах Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Клиник»: в виде смс-сообщений или электронных писем _____ _____ Подпись _____

Расписался в моем присутствии:_____

(должность, ФИО)