

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ г. рождения,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих (и лица, которое я представляю (при наличии)) персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес места жительства; место регистрации; серия и номер паспорта (свидетельства о рождении) или удостоверения личности, дата выдачи указанных документов, кем выдан; сведения о медицинской организации, оказавшей медицинские услуги; виды оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; формы оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объемы оказанной медицинской помощи; стоимость оказанной медицинской помощи; анамнез; диагноз; профиль оказания медицинской помощи; сведения о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги; результат обращения за медицинской помощью; результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; контактный телефон; данные о состоянии здоровья (история болезни) ООО "БЭБИ ДЕНТ" (далее – Оператор) – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных Клиники, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует на весь срок хранения персональных данных или до момента подписания письменного заявления на прекращение обработки персональных данных.

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____