

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, ФИО, проживающий(ая) по адресу: АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ, паспорт: ДАННЫЕ ПАСПОРТА,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «СТОМАТОЛОГИЯ ПРОКАЧЕСТВО» (далее – оператор), ИНН 4205425795, юридический адрес: Ленинградский пр-кт, дом 44 на обработку моих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- дата, место рождения, количество полных лет;
- пол;
- фотографии;
- паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность;
- адрес регистрации;
- адрес фактического места проживания;
- сведения о социальных льготах;
- контактная информация (контактный телефон, адрес электронной почты и др.);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- страховой номер индивидуального лицевого счета;
- банковские реквизиты;
- данные полиса ДМС либо ОМС;
- сведения о состоянии здоровья, в том числе результаты обследований.

Предоставляю оператору право:

- осуществлять обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение), а так же моих данных, содержащихся на рентгеновских снимках, фотографиях, видеозаписях, а также полученных оператором в процессе осмотра, проведения рентгенодиагностики, а также полученных оператором в процессе проведения инструментальных исследований, содержащихся на фотографиях, видеозаписях.

Я выражаю согласие на то, что:

- на территории оператора осуществляется видеонаблюдение и хранение записей видеонаблюдения с целью обеспечения безопасности;
- передачу оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации и обслуживания программного обеспечения по месту нахождения оператора.
- передачу оператором моих персональных страховым компаниям, с которым заключен договор как оператором, так и субъектом персональных данных. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми организациями 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара, 5 лет – для поликлиники или частной медицинской организации).

Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления письменного заявления, которое будет вручено представителю оператора или направлено в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

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, за исключением случаев, указанных пп. 2-11 части 1 ст.6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что все данные, предоставленные мной, являются полными и достоверными.

(дата)

Субъект персональных данных _____ *ФИО*