

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Эстетическая стоматология»

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. ст. 23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях оказания мне платных медицинских услуг в ООО «Эстетическая стоматология», (далее – Оператор ПДн), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные (номер, дата и выдавший орган), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и ДМС (при наличии), социальное и семейное положение, сведения о наличии льгот, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические данные — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. Обработка персональных данных осуществляется Оператором ПДн оказывающим медицинские услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности _____ от «__» _____ 20__ года, являющегося лицом, обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором ПДн мне медицинских услуг я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных смешанным способом (совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых), посредством внесения их в локальную электронную базу данных Оператора ПДн и на бумажных носителях.

- во исполнение обязательств Оператора ПДн по договорам оказания платных медицинских услуг в рамках полисов ДМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией осуществляющей мое добровольное медицинское страхование, с использованием бумажных 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.

- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора ПДн, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных носителей, а также по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора ПДн, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

- ксерокопирование моего паспорта, медицинского полиса, СНИС, свидетельства о рождении моего ребенка (детей) и приобщение ксерокопия к медицинской документации, передачи их страховым компаниям, требуемым при проведении проверок страховыми компаниями, министерством здравоохранения, РОФОМС и Росздравнадзором.

- передачу моих персональных данных, в том числе, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну в адрес организаций, проводящих лабораторные, гистологические и иные виды исследований, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи как с использованием бумажных носителей, так и по защищенным каналам связи, при условии, что данные организации и учреждения являются лицами, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну

Я согласен, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты амбулаторного больного) и составляет двадцать пять лет.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с «Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Эстетическая стоматология».

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я понимаю, что Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной по письменному заявлению в адрес Оператора ПДн.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 ст. 6, части 2 ст. 10 и части 2 ст.11 ФЗ №152 от 27.07.2006 г.

Подпись субъекта персональных данных _____

(подпись, расшифровка)