

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(заполняется перед заключением договора на оказание услуг)

Я, нижеподписавшийся (-шаяся), {ФамилияИмяОтчество}_

информирован(-на) о том, что согласно ч. 3 ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Галерея улыбок» (далее - Исполнитель) моих персональных, в том числе биометрических данных, необходимых для оказания медицинских услуг в соответствии с заключенным между мною и ООО «Галерея улыбок» договором на оказание платных медицинских услуг, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, физиологические, биологические характеристики, позволяющие идентифицировать мою личность (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и пр.) - 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 Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные, включая биометрические данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель 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) по договорам ДМС, на оказание ПМУ. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по договорам ДМС, на оказание ПМУ на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты стоматологического больного) и составляет пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия. Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье (здоровье моего ребенка), составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Проживающий(-щая) по адресу: {Адрес} Паспорт: серия {Серия}номер{НомерПаспорта} Выдан: {Выдан} Кем {Выдан} Когда {ДатаВыдачи} Адрес регистрации {АдресРегистрации} {ДатаРегистрации} Тел.: {Телефоны} ✓ _____ / {ФамилияИмяОтчество}_ (подпись) (Ф.И.О.)
