

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных Обществом с ограниченной ответственностью
"Стоматологическая клиника Бондаревых"

Адрес: Воронежская обл., г. Лиски, ул. Советская, д.61 ИНН 3652006716 КПП 365201001

Я, нижеподписавшийся(шаяся) _____ проживающий(щая) по адресу (по месту регистрации) _____ паспорт серия _____

№ _____ дата выдачи _____ название выдавшего органа _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ООО "Стоматологическая клиника Бондаревых", далее Оператор, моих персональных данных, персональных данных моего подопечного _____ включающих 1) фамилия, имя, отчество; 2) пол; 3) дата рождения; 4) место рождения; 5) гражданство; 6) данные документа, удостоверяющего личность; 7) место жительства; 8) место регистрации; 9) дата регистрации; 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании застрахованного лица (при наличии); 12) анамнез; 13) диагноз; 14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; 15) вид оказанной медицинской помощи; 16) условия оказания медицинской помощи; 17) сроки оказания медицинской помощи; 18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; 19) результат обращения за медицинской помощью; 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); 21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; 22) примененные стандарты медицинской помощи; 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования 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 для исполнения своих обязательств по договору на оказание стоматологических услуг в соответствии с Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также обезличивание, блокирование, уничтожение. 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) по договору ДМС и на бумажных носителях.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС 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 (медицинской карты) и составляет =двадцать пять лет=.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, которое оформляется отдельным документом.

Настоящее согласие дано мной и действует с « ____ » _____ г. бессрочно

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.

Контактный(е) телефон(ы) _____

почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____