

Согласие Пациента на обработку персональных данных

ООО Стоматологический Центр «Жемчуг»
Калужская обл., г. Обнинск, пр. Ленина, д. 84а

Согласие Пациента на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный(-ая) по адресу:

(адрес регистрации согласно паспорту)

паспорт серии № _____ выдан

(орган, выдавший паспорт и дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО Стоматологический Центр «Жемчуг» (далее – Оператор), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер телефона, 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 – 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 организацией-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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с территориальным фондом ОМС и с выбранной мной страховой медицинской организацией по ее инициативе и предложенному каналу связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа и при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Подтверждаю, что мне разъяснены и однозначно понятны содержание пп.5 ч.1 ст.6 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», по которому получение моего согласия на обработку общедоступных персональных данных не требуется, если она осуществляется в моих интересах в рамках

заключенного по моей инициативе договора на оказание стоматологических услуг, и пп.4 и 8 ч.2 ст.10, по которым обработка специальных данных о здоровье Пациента применительно к оказанию ему платных стоматологических услуг по вышеуказанному договору также может осуществляться без его согласия.

Я даю добровольное осознанное согласие на обработку моих биометрических персональных данных, полученных при обследовании, и которые не используются для установления моей личности: ортопантограмма, телерентгенограмма, прицельные компьютерные рентгеновские снимки, зубные слепки, – а необходимы для оказания мне стоматологических услуг по заключенному договору.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет (Письмо МЗРФ от 07.12.2015 №13-2/1538).

Я предупрежден(а) и согласен(на), что в помещениях ООО Стоматологический Центр «Жемчуг» ведется видеонаблюдение.

Настоящее согласие действительно на срок действия договора об оказании стоматологических услуг.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте либо вручено представителю Оператора лично под расписку.

При отзыве моего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне стоматологических услуг, и известить меня о прекращении обработки. Реквизиты для извещения:

Контактный телефон: _____ или почтовый (электронный) адрес: _____

Подпись ФИО Пациента полностью

« ____ » _____ 20 ____ г.