

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____

(Ф.И.О. пациента или его представителя полностью, адрес)

(номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе/для представителя дополнительно реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающие полномочия этого представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 № 152—ФЗ «О персональных данных» обществу с ограниченной ответственностью «Мистер «ДЕНТ» (далее Оператору), своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку моих персональных данных: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, 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, сведения, указанные в настоящем согласии и о договоре с Оператором и специально уполномоченным им лицам и/или организациям, в целях обеспечения защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, установления медицинского диагноза и оказание медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, а также другим работникам Оператора не занимающимся профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, справок об оплате медицинских услуг и иных документах обусловленных заключением договора возмездного оказания медицинских услуг, оказания медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования, их хранения, заключения, исполнение и прекращение договора об оказании платных медицинских услуг, в соответствии с законодательством.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащиеся сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Перечень действий с персональными данными, которые будут совершаться в процессе их обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, обновление, изменение, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, обезличивание, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки/реестры и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных документов по ОМС/договором ДМС, персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности Оператором. Общее описание используемых Оператором способов обработки персональных данных, с использованием средств автоматизации и без использования средств на автоматизации.

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, включение в списки/реестры и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных/документов по ОМС/договором ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС/по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими 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.

Выражаю согласен на обработку биометрических персональных данных, а также на передачу, при необходимости и исключительно с целью оказания услуг по договору, моих персональных данных по открытым каналам связи сети Интернет.

Срок в течение которой действует согласие субъекта персональных данных составляет предусмотренных законом случаях не более двадцати пяти лет.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, либо иным способом предусмотренным законодательством.

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, оказанного мне до этого медицинской помощи за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

Контактный телефон _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой) _____

Дата _____