

СОГЛАСИЕ

На обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О), проживающий по адресу _____, паспорт серия № ____, выдан _____ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, данные о факте моего 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, ООО Стоматологической клиникой «Здрава» (далее – Оператор).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинскими работниками 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. Оператор вправе включать мои персональные данные в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, договором на оказание медицинских услуг работникам юридических лиц, в том числе, по проведению медицинских осмотров), если медицинские услуги мне оказываются в рамках реализации программы ОМС, либо в рамках исполнения договоров ДМС или договоров на оказание медицинских услуг работникам юридических лиц, в том числе, по проведению медицинских осмотров).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС либо по договору на оказание медицинских услуг работникам юридических лиц, в том числе, по проведению медицинских осмотров) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (юридическим лицом – моим потенциальным или настоящим работодателем, территориальным фондом ОМС) 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. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

Настоящее согласие дано мной число и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в части передачи моих персональных данных третьим лицам 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 передачу персональных данных, Оператор обязан прекратить из передачу в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи, за исключением случаев, когда я оплачу оказанные мне услуги самостоятельно за счет путем внесения денежных средств Оператору. В данном случае Оператор прекращает передачу персональных данных незамедлительно.

Подпись субъекта персональных данных _____