



СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {ФамилияИмяОтчество}, проживающий(ая) по адресу: {Адрес}, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг: Стоматологическая помощь _____ («подтверждаю / не подтверждаю» **нужное вписать собственноручно**) свое согласие на обработку ООО «ДентаРус» (далее-Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; адрес места жительства, телефон, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях как в клинике ООО «ДентаРус», так и предоставляемых мной из других медицинских организаций - для целей осуществления лечения.

В случае моего согласия на обработку моих персональных данных, в процессе рассмотрения Оператором моего вышеуказанного обращения, а также возможных дальнейших обращений до окончательного разрешения заявленного мной требования в обращении, я предоставляю право медицинским работникам Оператора, а также привлекаемым для решения вопроса по существу моих требований третьим лицам, а именно: членам врачебной комиссии, приглашенным специалистам со стороны, другим медицинским и экспертным учреждениям по моему выбору или по выбору Оператора, - передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования, установления причин моего обращения и принятия решений по оказанной мне медицинской помощи и требований.

В случае моего согласия на обработку моих персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 10 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» выражаю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами и заключенным со мной договором об оказании платных медицинских услуг: на сбор, предоставление, передачу моих персональных данных иным указанным выше лицам и учреждениям, при условии, что указанные сбор, предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных, путем подачи Оператору заявления об отзыве настоящего Согласия Оператору лично по месту получения медицинских услуг либо путем направления заказным почтовым отправлением ФГУП «Почта России». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в день получения заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан по моему требованию предоставить мне сведения о прекращении обработки моих персональных данных в течение десяти календарных дней способом, указанным мною в заявлении об отзыве настоящего Согласия.

Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДатаПолная} г., распространяет свое действие на срок: до окончания лечения.

Во всем вышеизложенном я, Пациент расписалась собственноручно:

Пациент (представитель пациента) _____/{ФамилияИмяОтчество} /{ТекущаяДатаПолная} г

Заполняется представителем медицинской организации:

Согласие получено:

{ТекущаяДатаПолная} г. _____ / _____ / _____
(подпись) (ФИО) (должность)