

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ООО «МЕГАДЕНТА КЛИНИК»
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____
Паспорт: Серия _____ номер, выдан « ____ » _____ года, кем выдан _____
_____, в соответствии со статьей 9 Федерального Закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **Я, ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку ООО «Мегадента Клиник» (далее по тексту - Оператор обработки персональных данных/ Оператор, 620075, г. Екатеринбург, ул. Кузнечная, 83 оф. 10) моих персональных данных, включающих, предоставляемых мной, персональных данных (сына, дочери, опекаемого)

_____, включающих: фамилию, имя, отчество, дата рождения, возраст, пол, СНИЛС, номер телефона, документ удостоверяющего личность (тип документа, серия, номер, дата выдачи, кем выдан); гражданство; место работы, место учебы, должность, адрес регистрации, адрес фактического проживания, полис ДМС (серия, номер, сроки действия), сведения об оплате, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии соблюдения ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» врачебной тайны, с учетом положений ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» оказания медицинских услуг по договору, а также организации внутреннего учета Оператора, в том числе, но не исключительно: медицинскую документацию, включая данные пациентом добровольные информированные согласия на медицинское вмешательство, данные рентгенологических исследований (бумажный и электронный носитель) и т.д.

Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг.

Я предоставляю ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные или предоставляемые мной персональные данные моего ребенка в возрасте до 15 лет, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах медицинского обследования, лечения внутреннего учета.

Я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с 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 ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ/НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS сообщений, звонка на мобильный телефон в целях напоминая о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья меня (моего ребенка (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта) для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю данные о состоянии моего здоровья и иные сведения:

E-mail _____, тел. _____

Подпись субъекта персональных данных

(или законного представителя) _____

(ФИО)

« ____ » _____ 20__ года.

Оператор _____

(подпись, администратор, медицинский персонала)

ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг, осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией – заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мной путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте, заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных

(или законного представителя) _____

(ФИО)

« ____ » _____ 20__ года.

Оператор _____

(подпись, администратор, медицинский персонала)