



СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

Паспорт _____ выдан _____
(серия, номер) (когда и кем выдан)

Зарегистрированный по адрес: _____,
№ телефона _____,

В соответствии с требованием Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку в стоматологическом центре «Доктор Надель» ООО «21 век», далее «Оператор» моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения и место рождения, адрес места жительства и регистрации, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), другие сведения. 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 медицинскую тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю права 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, предусмотренными документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в отчетно-отчетной медицинской документации, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, 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 моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты амбулаторного больного) и составляет 25 (двадцать пять) лет.

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

Срок действия настоящего согласия- со дня его подписания и до окончания срока хранения моих персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие по средствам 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 обработку персональных данных Оператор обязан:

- а. Прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи;
- б. По истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

« _____ » 20 _____ г. _____,
(дата) (личная подпись) (расшифровка подписи)