

к Договору от « ____ » _____ № _____ об оказании медицинских (стоматологических) услуг

Согласие пациента на обработку персональных данных

Ф. И. О. полностью (представителя)

Ф. И. О. полностью ребёнка

Проживающий(ая) по адресу (по месту
регистрации): _____

Серия и номер паспорта _____ дата, название выдавшего органа _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «МЕДЕНТАСТАР» (далее Оператор) моих (моего ребенка) 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 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 врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (моего ребенка) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору полное право осуществлять все действия (операции) с моими (моего ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои (моего ребенка) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения 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 (моего ребенка) персональными данными со страховой медицинской организацией и 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 персональную тайну. Подтверждаю свое согласие на осуществление Оператором видеосъемки во время оказания медицинских услуг, в целях контроля качества оказания услуг, и повышения уровня удовлетворенности «Пациента» качеством и сервисом оказываемой клиникой услуг. Оператор гарантирует конфиденциальность видеоматериала с «Пациентом». Срок хранения моих (моего ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих (моего ребенка) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие 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 обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) _____

Подпись субъекта (представителя) персональных данных _____