

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____,

(Ф.И.О. представителя субъекта персональных данных)

документ удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____,

выдан _____ г., _____

(дата выдачи)

(кем выдан)

проживающий по адресу _____,

(адрес регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие, данное ООО «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЗУБ.РУ» (далее — Оператор), находящееся по адресу: г. Москва, ул. Таганская, д.32/1, стр. 17, на обработку персональных данных (сведений) обо мне и моей семье, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о моем состоянии здоровья, заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью (подробный перечень персональных данных представлен в п. 2 Положения об обработке и защите персональных данных ООО «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЗУБ.РУ», в целях сохранения и восстановления здоровья и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, согласно действующим законодательством.

Оператор вправе обрабатывать 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).

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским сотрудникам, передавать персональные данные обо мне, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в

интересах обследования и лечения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией _____ и территориальным фондом ОМС, на основании приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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

Настоящее согласие действует до момента достижения целей обработки.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с «Положением об обработке и защите персональных данных ООО «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЗУБ.РУ», и с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

Согласие на информирование

Ф.И.О. _____

Мобильный телефон +7 (____) ____ - ____ - ____

E-mail _____

Я, нижеподписавшийся, согласен на получение информации от клиники (о времени, месте, условиях оказания медицинских услуг и т.д.) посредством смс-рассылки и/или e-mail рассылки.

Дата _____

Подпись _____ / _____