

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий(ая) по адресу _____,
(по месту регистрации)
паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи)

(наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дента» (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, мобильный телефон, данные о состоянии моего здоровье, 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 предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие медицинскую 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, обезличивания, 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 предоставления отчетных данных. Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене, перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости, возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о готовности результатов медицинских анализов и обследований. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам (Ф.И.О.) _____

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

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения первичной документации.

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.

Мобильный телефон (ы) _____ (в случае если контактный телефон не указывается смс – информирование поступать не будет)

Почтовый адрес _____

Адрес электронной почты _____ (в случае если адрес электронной почты не указывается информирование поступать не будет)

Подпись субъекта персональных данных _____