

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____ « _____ » _____ г.р.,

адрес регистрации по паспорту: _____,

паспорт серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ г. _____,

подтверждаю свое согласие в отношении себя лично и/или в отношении несовершеннолетнего/ недееспособного лица (нужное подчеркнуть): _____

« _____ » _____ г.р.,

адрес регистрации по паспорту: _____,

законным, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006г. "О персональных данных", на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью "Стоматологическая клиника «РеСто», ИНН 1835078584, юридический адрес: 426077, г.Ижевск, ул.К.Либкнехта, д.26** (далее – Оператор) персональных данных моих/несовершеннолетнего лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, ИНН, данные документа, удостоверяющего личность, место работы, любые данные о состоянии здоровья (в т.ч. поставленный диагноз) моего/несовершеннолетнего лица, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, видах оказанной медицинской помощи/медицинских услугах/медицинских вмешательствах/лечения, условиях, сроках, порядке, объемах, стоимости, результатах их оказания/осуществления, примененных препаратах – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинской помощи и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне/несовершеннолетнему лицу медицинской помощи/медицинских услуг/медицинских вмешательствах/лечения, в том числе в медико-профилактических целях и целях установления медицинского диагноза, я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/несовершеннолетнего лица персональные данные, включая сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора, в интересах моего/несовершеннолетнего лица обследования/лечения/оказания медицинской помощи/оказания медицинских услуг/медицинского вмешательства.

Предоставляю Оператору право осуществлять все (любые) действия (операции) с моими/несовершеннолетнего лица персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои/несовершеннолетнего лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.

Предоставляю Оператору право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими/несовершеннолетнего лица персональными данными со страховой компанией 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 профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право на обработку любым законным способом, в том числе на использование и распространение, моих/несовершеннолетнего лица персональных данных (фото и видео материалов), включая содержащие врачебную тайну, без указания моих/несовершеннолетнего лица фамилии, имени, отчества, места регистрации, ИНН, СНИЛС в научной, исследовательской, образовательной, просветительской, творческой и иной профессиональной деятельности.

Предоставляю Оператору право уведомлять меня о записях на прием, акциях, предложениях Оператора и направлении иной информации путем отправки СМС-сообщений, сообщений в любых мессенджерах на номер: _____ и по электронной почте: _____.

Предоставляю Оператору право отправлять мои/несовершеннолетнего лица рентгеновские снимки, а также иные сведения, составляющие врачебную тайну, по электронной почте: _____.

Срок хранения моих/несовершеннолетнего лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

За исключением случаев, предусмотренных настоящим согласием и/или действующим законодательством Российской Федерации, передача моих/несовершеннолетнего лица персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ г. 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 моих/несовершеннолетнего лица, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне/несовершеннолетнему лицу до этого медицинской помощи. Настоящее Согласие распространяется на все (любые) адреса, по которым ООО "Стоматологическая клиника "РеСто" осуществляет свою медицинскую деятельность в соответствии с действующей лицензией.

Контактный(е) телефон(ы): _____

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

СОГЛАСИЕ
на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____ « ____ » _____ г.р.,
(Ф.И.О.)

(адрес регистрации по паспорту)

паспорт серия № _____, выдан « ____ » _____ г. _____,

даю согласие в отношении себя лично и/или в отношении несовершеннолетнего/недееспособного лица,
(нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ г.р.

(адрес регистрации по паспорту)

законным представителем которого я являюсь, на предоставление **Обществом с ограниченной ответственностью "Стоматологическая клиника «РеСто», ИНН 1835078584, юридический адрес: 426077, г.Ижевск, ул.К.Либкнехта, д.26** (далее – Оператор) персональных данных моих/несовершеннолетнего лица, включающих сведения, составляющие врачебную тайну, в т.ч. сведений о факте обращения моем/несовершеннолетнего лица за медицинской помощью, видах оказанной медицинской помощи/медицинских услуг/медицинских вмешательств/лечении, условиях, сроках, порядке, объемах, стоимости, результатах их оказания, примененных препаратах, нахождении в медицинском учреждении в настоящее время, состоянии моего здоровья, о медицинском диагнозе и иных сведений, полученных в процессе оказания медицинской помощи/медицинских услуг/медицинском вмешательстве/лечении/обследовании (далее - сведения, составляющие врачебную тайну) следующим лицам:

(ФИО, брачные или родственные связи (при их наличии), номер телефона или указать "никому")

(ФИО, брачные или родственные связи (при их наличии), номер телефона или указать "никому")

Настоящее Согласие действует бессрочно.

Я подписанием настоящего Согласия подтверждаю, что разрешаю предоставлять вышеуказанным лицам персональные данные мои/несовершеннолетнего лица, включая сведения, составляющие врачебную тайну, любым способом (как устно, так и письменно), на любых носителях (на бумажных носителях, пленке, дисках, любых электронных носителях и любых запоминающих устройствах) в любых формах (в форме материалов, документов, включая справки и заключения, снимков, в т.ч. рентгеновских снимков).

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО "Стоматологическая клиника "РеСто" по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО "Стоматологическая клиника "РеСто".

Настоящее Согласие распространяется на все (любые) адреса, по которым ООО "Стоматологическая клиника "РеСто" осуществляет свою медицинскую деятельность в соответствии с действующей лицензией.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

« ____ » _____ г.