



Информированное согласие на обработку персональных данных пациентов
от <КЛИЕНТ_ДАТА_ДОГОВОРА>

Я, нижеподписавшийся <КЛИЕНТ_ФИО>, паспорт серии: <КЛИЕНТ_ПАСПОРТНЫЕ_ДАННЫЕ>, выданный в соответствии со статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных ООО «Стоматология Лобачевых», 404120, Волгоградская обл., г. Волжский, пр. Ленина, дом 98.

(далее оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, адрес регистрации места жительства, контактные телефоны, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) данные страхового полиса ОМС, социальное положение, место работы и занимаемая должность, 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 сохранить врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право 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, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС)

Оператор имеет право на исполнение своих обязательств:

- на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с пенсионным фондом налоговым органом на бумажных носителях, 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, допущенным к обработке персональных данных (на основании приказа по учреждению);
- на передачу данных в органы управления здравоохранения и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования для целей паспортизации ЛПУ, 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, допущенным к обработке персональных данных (на основании приказа по учреждению);
- на работу в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими 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 профессиональную тайну;
- на передачу сведений в органы управления здравоохранением Волгоградской области.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов;

- составляет двадцать пять лет (для стационаров), пять лет (для поликлиники) и сроков хранения документов в бухгалтерии и отделе кадров.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес 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 оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной <КЛИЕНТ_ДАТА_ДОГОВОРА> и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____ <КЛИЕНТ_ИОФ>