

ОБРАЗЕЦ

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавший(ая): Иванов Иван Иванович, паспорт серия: , №, выдан: , проживающий(ая) по адресу: , в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю согласие на обработку в ООО «ДЕНТАЛ ГАРДЕН», расположенное по адресу: 400082, Россия, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. 50 лет Октября, дом 36а, помещение III, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и места жительства, паспортные данные, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, при его наличии, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, 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 лицами, профессионально занимающимися данной деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывание персональных данных пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по платным услугам. Работники ООО «ДЕНТАЛ ГАРДЕН» имеют право во исполнение своих обязательств по работе на обмен (прием и передачу) персональных данных пациента со страховыми медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Передача персональных данных пациента иными лицами или их разглашением может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно и дано мною: 29.08.2023 г.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною, в адрес ООО «ДЕНТАЛ ГАРДЕН» 400082, Россия, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. 50 лет Октября, дом 36а, помещение III по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю мед. учреждения.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных работники мед. учреждения обязаны прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчета по оплате оказанной пациенту до этого медицинской помощи.

Подпись пациента

Иванов И. И.