

## Согласие на обработку персональных данных

Я,

<

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

паспорт:

ВЫДАН

(серия, номер, дата выдачи наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Закрытое акционерное общество «Стоматолог» расположенной по адресу: 403113, Волгоградская Область, г. Урюпинск, пер. Дзержинского, д. 23, (далее Оператор) моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, место работы, должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, 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 занимающимся данной деятельностью и обязанным сохранять 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 с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные и данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и платным услугам.

Работники ЗАО «Стоматолог» имеют право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС и платным услугам на обмен (прием и передачу) персональных данных пациента со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в соответствии с требованиями законодательства РФ. Передача моих профессиональных данных и данных моего ребенка иным лицами или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

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

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /