

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____

(ФИО пациента, достигшего 15 полных лет)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

Дата выдачи: _____

Проживающий(ая) по адресу: _____

либо _____

(ФИО родителя или иного законного представителя)

представляющий интересы несовершеннолетнего/недееспособного _____

(ФИО пациента, не достигшего 15 лет либо недееспособного)

Номер, дата выдачи основного документа (паспорт, свид-во о рождении) _____

(пациента, не достигшего 15 лет либо недееспособного)

(документ, подтверждающий полномочия представителя, действующего в интересах несовершеннолетнего (или недееспособного) серия, №, дата выдачи) свободно своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку ООО «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА» ИНН 7447048291, 454128, ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г ЧЕЛЯБИНСК, УЛ 40-ЛЕТИЯ ПОБЕДЫ, Д. 36 , моих персональных данных.

Цель передачи персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции Российской Федерации, ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом, и в иных случаях предусмотренных законодательством РФ.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) третьим лицам; обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; предоставление Оператором персональных данных, сведений, инспекции ФНС России; иной соответствующей организации, в порядке установленном законодательством РФ; с целью осуществления Оператором своих прав и обязанностей по заключенному договору; предоставление Оператором персональных данных, сведений, составляющих врачебную тайну в адрес страховой компании. А также иные действия: аудио-видеозапись, фотопротокол, напоминание о записи на прием (в том числе отмена либо перенос записи на прием) посредством смс-сообщений, многофункциональных сервисов обмена информацией, телефонных звонков и иным актуальным каналам телекоммуникаций.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

ФИО; дата рождения; пол; адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания; контактный номер телефона; адрес электронной почты; место работы; данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность); данные документа, подтверждающего полномочия представителя, действующего в интересах несовершеннолетнего (или недееспособного); данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), ИНН.

Специальные категории персональных данных: факт обращения за медицинской помощью, сведения об объеме и стоимости лечения; диагноз; сведения о состоянии здоровья или состояниях, заболеваниях; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях; иные сведения, полученные в ходе лечения, включая: фотопротокол, рентгеновские снимки, диагностические модели.

Способы обработки персональных данных: способом смешанной (автоматизированной, неавтоматизированной) обработки (на бумажных, на электронных носителях информации и в информационных системах персональных данных), с передачей по внутренней сети Оператора, с передачей по защищенным каналам сети Интернет, в порядке установленном законодательством РФ.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Своей собственноручно выполненной подписью подтверждаю информированное добровольное согласие на обработку персональных данных.

Подпись _____ (_____)

расшифровка

Подпись родителя/иного законного представителя
несовершеннолетнего до 15 лет либо недееспособного _____ (_____)

расшифровка

Дата _____