

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, _____
(Ф. И. О. полностью)

Документ удостоверяющий личность: паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____, проживающий(ая) по
адресу: _____

Я, _____ (Ф. И. О. полностью представителя)
Документ удостоверяющий личность: паспорт серии _____, номер _____, выдан _____, проживающий(ая) по адресу: _____
являясь законным представителем/представителем по доверенности: _____ (Ф. И. О. полностью представляемого лица)
Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

в соответствии с требованиями статьи 9,10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю **свое согласие** на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществу с ограниченной ответственностью «Медалл Стоматология» (адрес: 197110, г. Санкт-Петербург, пр-кт Левашовский, д. 24, лит. А, пом. 1Н) (далее – Оператор), включающих: фамилию, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена, отчества в случае их изменения), пол, дату рождения, место рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации места проживания, адрес фактического проживания, данные о номере расчетного счета и банковской карты, сведения о профессии, о семейном положении, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, фото-видео изображения, сделанные для целей оказания медицинских услуг, сведения полученные из медицинской документации, данные документа, подтверждающего полномочия представителя (в том числе законного представителя), в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (представляемого мною лица) медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (представляемого мною лица) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, демонстрацию, иных действий, предусмотренных действующим законодательством как с использованием средств автоматизации, с занесением в электронные базы данных Оператора, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Передача моих персональных данных третьим лицам или иное их 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 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, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг.

Я даю Оператору согласие на направление ему информационных сообщений по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, ссылку на формы документов Оператора, о готовности стоматологических конструкций.

Настоящим я даю согласие на фотосъемку меня (представляемого мною лица) с целью диагностики, планирования, визуализации ситуации в полости рта, а также в случаях планируемых эстетических работ, при ортодонтическом лечении, а также при эндодонтическом лечении с помощью микроскопа, в целях контроля качества оказанной медицинской услуги.

Я даю Оператору согласие на использование фотографий моих зубов и полости рта (фотографий зубов и полости рта представляемого мною лица) в научных, исследовательских и обучающих целях на условиях полной анонимности и обезличивания.

Настоящим я подтверждаю, что ознакомлен(а) с нормативными актами Оператора о персональных данных, права и обязанности в области персональных данных мне разъяснены и понятны.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов. Настоящее согласие действует со дня подписания и действует бессрочно либо до дня его отзыва.

« _____ » _____ 202__ г.
(дата)

(подпись)

(Ф.И.О)