

Приложение № 1 к Приказу №2 от 10.01.2025
СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
проживающий по адресу _____,
паспорт _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника 32 плюс» (ООО «Клиника 32 плюс») (далее – Оператор ()) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства/регистрации, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), ИНН, паспортные данные (данные документа удостоверяющего личность) данные о состоянии моего здоровья (заболеваниях, факте обращения за медицинской помощью, жалобах пациента, о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе и прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях, результатах оказания медицинской помощи) в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг для выполнения обязательств по договору, оформления актов оказанных услуг, и первичных медицинских документов, справок об оплате медицинских услуг, и их хранения.

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 том числе не занимающимся профессионально медицинской деятельностью, и иным медицинским работникам в интересах моего обследования и лечения, в том числе экспертным учреждениям, медицинским экспертам, с целью контроля качества оказания платных медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление, передачу (распространение, предоставление, доступ) лицам, указанным в информированном согласии на медицинское вмешательство. 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 (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

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 оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____