ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

**Приложение №1**

**к Договору №_____**

**от _____г.,**

**на оказание платных**

**стоматологических услуг**

Директору

ООО «Стоматология для всех»

Мурадяну Э.С.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

О СОГЛАСИИ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим, я, субъект персональных данных, _____ _____,

(Ф.И.О. – полностью)

проживающий(ая):_____ _____,

(адрес регистрации по месту жительства)

паспорт
серия_____номер_____,выдан_____ _____,

дата _____.

**в соответствии со ст.24 Конституции РФ, п.7 ст.16, п.3 ст.20, ст.43 Федерального закона №326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в РФ», требованиями ст.9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», принимаю решение о предоставлении Обществу с ограниченной ответственностью «Стоматология для всех» (далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных моего подопечного), и даю согласие на их**

**обработку свободно, своей волей и в своем (своего подопечного) интересе.**

(указать адрес расположения поликлиники)

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:**

1. Фамилия, имя, отчество; дата рождения;
2. паспортные данные: а) вид документа; б) серия и номер документа; в) орган, выдавший документ:- наименование; - г) дата выдачи документа;

3. адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания;
4. пол;
5. данные об изображении лица (фотография);
6. номер контактного телефона (сотовый, домашний, рабочий);
7. личные электронные адреса (e-mail);
8. сведения о социальном и имущественном положении, социальных льготах;
9. сведения о семейном положении, составе семьи, родственниках, наличии иждивенцев;
10. сведения об образовании, квалификации, месте работы, учебы;
11. данные о состоянии здоровья;
12. сведения о листах нетрудоспособности;
13. реквизиты полиса обязательного или добровольного медицинского страхования;
14. страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде РФ (СНИЛС);
15. данные о 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 лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне консультационной, лечебно-диагностической медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора, передать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования и лечения, другим должностным лицам Оператора, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), другим вневедомственным комиссиям (при наличии официального запроса).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в системе обязательного медицинского страхования. 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 договору ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией:

_____

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. Выражаю свое согласие на получение Оператором из страховой компании, с которой оно заключило договор о моем добровольном

медицинском страховании, сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи и стоимости такого обращения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору взаимного оказания услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с организацией

_____
_____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.

Также я выражаю свое согласие на размещение своих персональных данных по п.п. 1,4,5,6,7 в информационных системах Общества в целях информационного обеспечения, рекламы, а также в рамках реализации программ развития корпоративной культуры Общества (поздравления, дата дня рождения; действующие акции и скидки, мероприятиях и других значимых для Оператора мероприятиях), а также данных, представленных в ходе интервью средствам массовой информации.

Я согласен(а) получать sms-уведомления об акциях и иных проводимых ООО «Стоматология для всех» мероприятиях, а так же получать сообщения поздравительного характера на указанный мною выше контактный номер мобильного телефона_____

Мне разъяснено и понятно, что выше приведенный перечь лиц не является исчерпывающим, я не возражаю на передачу своих персональных данных иным субъектам, в случаях предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и в целях, не противоречащих целям медицинской организации.

В случае моего несогласия на обработку моих персональных данных, Оператор имеет право не оказывать мне в консультационных, медико-профилактических, лечебно-диагностических мероприятия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты стоматологического больного и составляет пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать мое 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 (по форме предусмотренной Оператором) 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 консультационной, лечебно-диагностической стоматологической помощи или после завершения взаиморасчетов в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем мне – субъекту персональных данных будет направлено письменное уведомление в течение 10 (десяти) рабочих дней.

С Положением «О порядке обработки персональных данных» и Политикой «Обработки персональных данных» ООО "Стоматология для всех" ознакомлен(а).

В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Мне разъяснено, что при отзыве мною согласия на обработку персональных данных, ООО «Стоматология для всех» вправе продолжить обработку моих персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

**Подпись пациента или**

**законного**
**представителя:_____ Дата:_____**

**Принял:**

**Администратор:**
**_____ Подпись:_____**

(Ф.И.О.)