

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, ниже подписавшийся, _____

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

Паспорт _____, выдан _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (с изм. И доп., вступившими в силу 01.09.2015 г.) и Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Денто Лидер», ИНН 7726660289, адрес: Россия, 117587, Москва, ул. Днепропетровская д.1, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-004972 от 06 июня 2012г. (далее Оператор) моих персональных данных/персональных данных Пациента.**

Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения, место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства; адрес места регистрации; номер полиса добровольного медицинского страхования; состояние здоровья, в том числе анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах.

Обработка персональных данных осуществляется в следующих целях: в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, предусмотренных Уставом Оператора, в статистических или иных исследовательских целях, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору добровольного медицинского страхования, договору на оказание медицинских услуг или иному договору на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) персональными данными при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанным выше договорам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными Пациента с клиническими лабораториями и другими медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их конфиденциальность, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе осуществить обработку моих персональных данных/персональных данных Пациента автоматизированным и неавтоматизированным способом, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, в связи с чем предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными/персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных/персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты), установленному законодательством РФ и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных/персональных данных Пациента иным лицам (не указанным выше), их ознакомление или иное их распространение может осуществляться только с моего 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 оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я согласен на получение результатов лабораторных и инструментальных исследований

по электронной почте на адрес _____

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 2024 г., и действует соответственно сроку хранения

первичных медицинских документов (медицинской карты), установленному законодательством РФ и составляет пять лет.

Контактный телефон: _____

Подпись

(Ф. И.О. гражданина)