



СОГЛАСИЕ
пациента
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, зарегистрированный по адресу: _____, проживающий по адресу: _____, документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ номер _____ выдан _____, своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Арт-Дент» г. Заволжье (далее - Оператор), расположенным по адресу: Адрес: 606520, г. Заволжье, ул. Павловского, д.18 пом.П.13, 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», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных, предоставление персональных данных в иные организации своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных с целью оптимизации лечебно-диагностического процесса.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- число, месяц, год рождения;
- пол;
- должность (профессия);
- сведения о месте учебы (работы);
- паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи);
- адрес места жительства (адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания);
- контактный номер телефона;
- адрес электронной почты (e-mail);
- социальное положение;
- реквизиты полиса обязательного или добровольного медицинского страхования;
- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа инвалидности, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, аудио-видеозапись, фотопротокол, напоминание о записи на прием (в том числе отмена либо перенос записи на прием) посредством смс-сообщений, телефонных звонков и иным актуальным каналам телекоммуникаций, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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 сети общего пользования Интернет.

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.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ООО «Арт-Дент» г. Заволжье письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов в ООО «Арт-Дент» г. Заволжье, права и обязанности в области защиты персональных данных пациентов мне разъяснены.

_____ « _____ »
(Подпись) (Расшифровка)

_____ « _____ » _____ 20
(Дата)