

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (ая) _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____ в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных Обществом с ограниченной ответственностью «Стоматология «На Лазарева», юридический адрес г. Казань, ул. Лазарева, д.3, оф.2, (далее – Оператор).

При этом под персональными данными понимаются относящиеся ко мне сведения и информация, такие как: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об образовании; сведения с профессии и местах работы: сведения о семейном, социальном, имущественном положениях, детях и т.п. на бумажных и/или электронных носителях, которые были или будут переданы Оператору мной лично или поступили (поступят) к Оператору иным способом для заключения гражданско-правового(-ых) договора(-ов) между мной и Оператором.

Настоящим разрешаю, такие данные как: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), и т.п., обрабатывать ответственному сотруднику Оператора. Настоящим разрешаю, такие сведения как: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), и т.п., а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об образовании, сведения с профессии и местах работы; сведения о семейном, социальном, имущественном положениях, детях и т.п.. обрабатывать лицу, профессионально занимающемуся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор запрашивает вышеуказанные сведения и информацию в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг.

Под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, проверка), использование, передача третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных, внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, обмен (прием и передача) персональных данных со страховой организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет, при условии отсутствия у Оператора сведений об их отзыве.

Я уведомлен(-а) и согласен(-а) с тем, что данное согласие может быть отозвано путем направления Оператору в письменной форме заявления об отзыве согласия заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под роспись ответственному сотруднику Оператора. В этом случае, после получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор прекращает их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной до этого медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Подпись субъекта персональных данных _____ / Ф.И.О. пациента/