Приложение № 1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
от _____20___ г

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр ортодонтии № 1» (ИНН 4632234829/КПП 463201001, адрес: 305038, Курск, Майский бульвар, д. 24, кв. 63) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и (или) проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, диагноз, анкетные данные карты опроса больного, данные медицинской карты стоматологического больного, биометрические данные (*) 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные внутренним документооборотом Центра.

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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты стоматологического больного) и составляет 25 (двадцать пять) лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено.

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

Настоящее согласие 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 медицинских услуг.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ No 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье (здоровье моего ребенка), составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно- эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Паспорт {СерияНомерПаспорта} выдан {Выдан}, {ДатаВыдачи}
Почтовый адрес {Адрес}
Контактный телефон(ы) {МобТелефон}

Подпись субъекта персональных данных _____/**{ФамилияИО}**

Дата составления согласия {дата} 20___ г

**Биометрические данные – это физиологические, биологические характеристики человека, позволяющие идентифицировать его личность (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и пр.).*