

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «СТОМ-ДАРТ-ПЛЮС»**

**( ООО «СТОМ-ДАРТ-ПЛЮС» )**

**117556, г. Москва, Черноморский б-р, д.4, корп.2, помещение 1**

**ИНН/КПП 7726433247/772601001**

**Согласие на обработку персональных данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу (месту регистрации): \_\_\_\_\_,

паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ кем

выдан: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями Ст. 9 Федерального Закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Стом-Дарт-Плюс» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, паспортные данные, контактная информация (номер телефона), адрес электронной почты, данные о заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных (фотографии, рентгеновские снимки, слепки), – 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. (п. 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона N 152-ФЗ).

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 документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 (медицинской карты) -25 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного 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 понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, 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.

Подпись Субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, подпись)

Дата подписания: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Согласие получено мною « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
уполномоченный представитель медицинской организации (подпись, Ф.И.О.)