

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Киров

{ТекущаяДатаПолная} г.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, паспорт серия {СерияНомерПаспорта} выдан {Выдан} {ДатаВыдачи}, проживающий(ая) по адресу {Адрес},

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Леге Артисс» (ОГРН 1124345008996, 610020, Кировская обл., г. Киров, ул. Советская, д. 86, офис 3) (далее - Оператор) моих (представляемого) персональных данных в целях заключения с Оператором договора на оказание платных медицинских услуг, дальнейшего его исполнения, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня (представляемого) или других лиц.

Персональные данные, на обработку которых, я даю свое согласие включают следующую информацию: мой (представляемого) фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, место жительства, место регистрации, контактные данные, профессия, место работы, реквизиты страхового полиса, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), реквизиты пенсионного удостоверения (свидетельства), изображение пациента, его голос, сведения о факте моего (представляемого) обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего (представляемого) здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, сведения об установленном диагнозе, о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи и любая иная информация, относящаяся к моей (представляемого) личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Оператору.

Цель обработки персональных данных: в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях контроля качества оказываемой медицинской помощи, в научных и/или образовательных целях.

Мои (представляемого) персональные данные могут быть получены Оператором как от меня (представляемого) лично, так и от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с указанными выше персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать указанные персональные данные в лице сотрудников, представителей и/или контрагентов Оператора, в частности посредством внесения их в электронную базу данных, в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) (разрешаю вносить в ЕГИСЗ /не разрешаю вносить в ЕГИСЗ– нужно подчеркнуть), включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам ДМС, ОМС и иным договорам. Оператор также вправе предоставлять указанные персональные данные в рамках проведения врачебного консилиума (в том числе в иные медицинские организации).

Я согласен с тем, что для достижения указанных выше целей Оператор в случае необходимости или кажущейся целесообразности в случаях привлечения третьих лиц к оказанию услуг может предоставить мои (представляемого) Персональные данные третьему лицу (зуботехническим лабораториям, в том числе ООО «Блик», ИНН 4345097960; ООО «Эдельвейс», ИНН 4345355795; ИП Рухлядев Е.В., ИНН 433100162272) в указанных целях. **Я согласен с тем, что** Оператор в связи с передачей, принадлежащих ему функции и полномочий иному лицу (зуботехнической лаборатории) имеет право передать таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам в необходимом объеме информацию и (или) документы, содержащие мои (представляемого) Персональные данные.

Я согласен с тем, что обработка моих (представляемого) персональных данных будет осуществляться в соответствии со страховым законодательством и иным законодательством РФ, в случае оказания мне (представляемому) медицинских услуг по программам обязательного и (или) добровольного медицинского страхования.

Я согласен с тем, что обработка моих (представляемого) Персональных данных может осуществляться Оператором и на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации, который определяется законодательством РФ. Например, срок хранения амбулаторной карты стоматологического пациента составляет пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, посредством направления в письменном виде соответствующего документа в адрес Оператора заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручением такого документа лично под расписку законному 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 (или моему ребенку) до этого медицинской помощи.

Подписывая согласие на обработку моих (представляемого) персональных данных, я подтверждаю, что имел (а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

Пациент (представитель пациента) _____ (подпись)