

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
 дата рождения _____ г., документ, подтверждающий личность: _____, серия _____ № _____,
 _____, выдан _____ г., зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):
 являясь законным представителем несовершеннолетнего/недееспособного лица) _____

(ФИО несовершеннолетнего/недееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие медицинской организации **ООО «Югория-Дент»** (Юридический адрес: 629602, Ямало-Ненецкий автономный округ, г. Муравленко, ул. Ленина, д.79, кв.18, ИНН/КПП 8905055057/890501001 ОГРН 1138905001542) (далее - «Исполнитель»), в лице директора А.А.Половникова, действующего на основании Устава, на обработку моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, адрес электронной почты, данные о состоянии моего/представляемого мною лица здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - 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 Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего/представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

В ходе оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на присутствие другого медицинского и врачебного персонала.

В случае неблагоприятного прогноза развития моего/представляемого мною лица заболевания информация должна сообщаться (нужное подчеркнуть и/или указать Ф.И.О., степень родства третьих лиц) только мне/мне и следующим лицам/только следующим лицам, без моего уведомления:

_____ Срок хранения моих/представляемого мною лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне/представляемому мною лицу до этого медицинской помощи.

« ____ » _____ г. / _____ / _____
 (подпись) (ФИО пациента/законного представителя)