ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО "ДЕНТАЛИЯ"

Я, нижеподписавщийся, (Ф.И.О.)_____
дата рождения_____, адрес проживания _____
документ удостоверяющий личность_____серия_____№_____, выдан (когда,кем)_____
_____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ,подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Денталия»,г.Свабодный, ул.К.Маркса, д.21 (далее - Оператор),моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные о состоянии моего 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 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, 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).Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет: двадцать пять лет для стационара, пять лет - для поликлиники.

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. 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.

Дата «____»_____2021г. Подпись пациента или законного представителя_____