

# ООО «СВ»

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

сообщаю о себе (или о своём (своей) несовершеннолетнем(ей) сыне (дочери), следующие персональные данные:

1. Фамилия \_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_
3. Отчество \_\_\_\_\_
4. Пол «М». «Ж» \_\_\_\_\_
5. Дата рождения \_\_\_\_\_
6. Адрес \_\_\_\_\_
7. Паспорт лица, заключившего договор (сери, №, дата выдачи, кем выдан) \_\_\_\_\_
8. Место работы, должность \_\_\_\_\_
9. Номера контактных телефонов (дом. сотовый. рабочий) - \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ООО «СВ» (далее - стоматологическая клиника) моих (или моего ребенка) персональных данных, заключающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, место работы, должность, данные о состоянии моего (или моего ребенка) 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 стоматологической клиникой мне (моему ребенку) стоматологической помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать вышеуказанные персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам клиники, в интересах моего (или моего ребенка) обследования и лечения.

Предоставляю стоматологической клинике право осуществлять все действия (операции) с вышеперечисленными персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Стоматологическая клиника вправе обрабатывать мои (или моего ребенка) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующие предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС.

Стоматологическая клиника имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на приём и/или передачу моих (моего ребенка) персональных данных со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих (моего ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Настоящее соглашение дано мною « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. И действует бессрочно.

Я оставляю за собою право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес стоматологической клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручении лично под расписку представителю стоматологической клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, стоматологическая клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребёнку) до этого медицинской помощи.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Подпись / Расшифровка подписи / Дата