

## Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_, паспорт серия \_ № \_\_, выдан \_\_,  
(являясь законным представителем \_\_, проживающего(ей) по адресу: \_\_, свидетельство о  
рождении серия \_\_ № \_\_, выдан \_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «ДАНТИСТ»** (далее – Оператор) моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты справки МСЭ, данные полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья субъекта персональных данных, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать все 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 самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в т.ч. по ОМС (договором ДМС).

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) и выполнения иных предусмотренных законодательством РФ обязанностей, на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными с обслуживающей страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, а также контролирующими органами (ФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстат, иные государственные органы), с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну (лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных). Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам либо иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа (уведомления), который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Субъект персональных данных (законный представитель) \_\_\_\_\_ /\_\_\_/

«\_» \_\_ 2022 г.