

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента

действует его представитель

Я, ЗаконныйПредставитель,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _

ФамилияИмяОтчествоПациента

(Ф.И.О. пациента)

Паспорт серия СерияПаспортаПациента № НомерПаспортаПациента выдан

КемИКогдаВыданПаспортПациента

(вид документа, удостоверяющий личность)

проживающий(ая) по адресу: АдресРегистрацииПациента

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ** (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: мои (представляемого) фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и любую иную информацию, относящуюся к моей (представляемого) личности, доступную либо известную в любой конкретный момент времени Оператору, в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

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.

Обработка моих (представляемого) персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими (представляемого) персональными данными с учетом действующего законодательства.

Я согласен с тем, что в процессе лечения врач будет осуществлять фотографирование зубов до, во время и после лечения, а также врач имеет возможность использовать их в научных публикациях, для демонстрации на сайте и в социальных сетях.

Я согласен с тем, что в целях моей безопасности, а также в целях обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг, в клинике установлена система видеонаблюдения, а также система записи входящих и

исходящих звонков. Видеокамеры в том числе установлены в кабинетах, направлены на рабочие места врачей, с целью осуществления контроля качества медицинских услуг.

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

Срок хранения моих 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 составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора все равно остаются основания для обработки моих персональных данных, предусмотренные законодательством РФ.

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

Пациент (представитель пациента) _____ **(подпись)**