

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, ФИО законного представителя, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Семейная стоматология" (далее – Оператор) моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего ФИО несовершеннолетнего пациента, для которого я являюсь законным представителем, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии 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 медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные и персональные данные несовершеннолетнего, для которого я являюсь законным представителем, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего, для которого я являюсь законным представителем, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные несовершеннолетнего, для которого я являюсь законным представителем, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные внутренним документооборотом клиники.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по передаче данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ) на передачу моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, для которого я являюсь законным представителем с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего, для которого я являюсь законным представителем, со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, для которого я являюсь законным представителем, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, для которого я являюсь законным представителем, иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и 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 либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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.

Документ:

Почтовый адрес:

Контактный телефон:

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ (ФИО.)  
(законного представителя несовершеннолетнего)