

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я,

ниже подписавшийся

ФИО полностью
проживающий по адресу

адрес проживания (для отправки почтовых отправлений)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА" моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные (или иного документа удостоверяющего личность), контактные телефоны, 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, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций. В процессе оказания ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА" мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА", в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА" право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, а так же передачу моих персональных данных при онлайн-записи на сайте оператора <https://dentiform.ru/> для фиксации информации о моем визите на прием в информационных системах оператора.

При обращении в рамках программы ДМС (добровольного медицинского страхования) я предоставляю сотрудникам ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА" право передавать мои персональные данные, в том числе данные содержащие медицинскую тайну сотрудникам страховой компании _____ для целей исполнения договора, заключенного для моего медицинского обслуживания.

При обращении в рамках договора, заключенного моим работодателем _____ я предоставляю сотрудникам ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА" право передавать мои персональные данные, в том числе данные содержащие медицинскую тайну сотрудникам бухгалтерии, руководителю указанного юридического лица для целей исполнения договора, заключенного для моего медицинского обслуживания.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной V _____ и действует в течение 25 лет (срока хранения медицинской документации).

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА", по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА". В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО "ДЕНТИФОРМ НА КОШУРНИКОВА" обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) __ V _____

Подпись субъекта персональных данных _____ V _____