

Общество с ограниченной ответственностью

«К-Дент»

ИНН 7107115783, ОГРН 1167154073954

Юридический адрес: 300041,

г. Тула, ул. Тургеневская, д. 74/114, офис 2

Тел. 8-950-915-26-15

k-dent71@yandex.ru

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) **по адресу** (месту регистрации): _____

паспорт серия и номер _____, дата выдачи _____

название выдавшего органа _____

СНИЛС _____ в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, **подтверждаю свое согласие** на обработку ООО «К-Дент» (300041, г. Тула, ул. Тургеневская, д. 74/114, офис 2) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, место работы, паспортные данные или иные данные документа, удостоверяющего личность, ИНН, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, учета оплаты медицинских услуг и исполнения договоров на оказание медицинских услуг, в целях соблюдения требований законодательства в сфере охраны здоровья граждан по размещению информации в Единой государственной системе в сфере здравоохранения и обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, должностными лицами Оператора в интересах моего обследования и лечения, в том числе в порядке взаимодействия с другими медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи, а так же лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенных с ним договоров добровольного страхования.

Я предоставляю / не предоставляю право Оператору на передачу моих персональных данных, в том числе медицинской документации и (или) сведений о состоянии моего здоровья, в Реестр электронных медицинских документов Единой государственной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стоматологического пациента) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва. 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.

Дата _____ Подпись _____ / _____ /