

## **Добровольное информированное СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Дается пациентом в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ и статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

Я, (Ф.И.О. полностью) \_\_\_\_\_,

даю согласие на обработку медицинским учреждением (далее – Оператор) \_ООО « Центр имплантологических решений»

моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

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 (документов) по ОМС и ДМС.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в поликлинике - пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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.

При отзыве мною настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_