

СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ
на обработку персональных данных
(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ)

г. Октябрьский

«___» _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
«___» _____ 20__ г.,

СНИЛС: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

контактный телефон: _____, E-mail: _____,

(заполняется только при оформлении услуг несовершеннолетнему до 15 лет/недееспособному):
являясь законным представителем Пациента:

(ФИО ребенка)
«___» _____ 20__ г. рождения, Паспорт/Свидетельство о рождении: _____

в соответствии со ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие ООО «Люкс-Стоматология» (ИНН 0265019590, ОГРН 1020201931881, адрес: 452602, Россия, Республика Башкортостан, г.Октябрьский, пр-кт Ленина, зд. 37А) на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных.

1. Конкретные цели обработки персональных данных:

- 1.1. Организация, оказание и контроль качества первичной и специализированной медицинской помощи в соответствии с лицензией Оператора;
- 1.2. Ведение учетной и отчетной медицинской документации, амбулаторных карт в бумажном и электронном виде;
- 1.3. Осуществление Оператором законных функций и обязанностей в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2. Перечень обрабатываемых персональных данных:

2.1. Общие персональные данные: Фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол; гражданство; адрес регистрации и фактического проживания; контактные данные (телефоны, e-mail); реквизиты документов, удостоверяющих личность; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС); идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).

2.2. Специальные категории персональных данных: Сведения о состоянии здоровья, жалобах, анамнезе, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, поставленном диагнозе, установленном режиме лечения, назначенном и проведенном лечебном или диагностическом процессе, ходе и результатах оказания медицинской помощи, а также иные медицинские сведения, содержащиеся в медицинской карте Пациента.

3. Перечень разрешенных действий с персональными данными:

Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление уполномоченным органам власти в соответствии с законодательством РФ, уполномоченным медицинским лабораториям в рамках выполнения диагностических исследований), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

4. Срок действия согласия и порядок его отзыва:

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до достижения целей обработки или до момента его письменного отзыва.

Я извещен(а) о том, что настоящее согласие может быть отозвано мной в любое время путем направления Оператору письменного заявления. В случае отзыва согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия только при наличии оснований, предусмотренных п. 2–11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» (в том числе для выполнения установленных законом сроков архивного хранения медицинской документации — в течение 50 лет).

Подтверждаю, что ознакомлен(а) со своими правами и обязанностями в области защиты персональных данных.

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. полностью от руки)