



Уважаемые пациенты!

Уведомляем Вас о том, что в соответствии с пп.2 п. ст. 6 ФЗ №152-ФЗ «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его персональных данных, если она осуществляется только в рамках договора на оказание стоматологических услуг, не требуется. Ниже вы даете согласие на обработку ваших данных о здоровье, а также биометрических данных.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ СПЕЦИАЛЬНЫХ И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Я,,
(фамилия, имя, отчество полностью)
паспорт серии, номер, выдан,
.....,
проживающий (ая) по адресу:,
.....,
даю согласие на обработку моих специальных и биометрических данных,
(данных моего ребенка)

Обществу с ограниченной ответственностью «Центр стоматологии Приор-М» (далее – Клиника),
расположенному по адресу: 620073, г. Екатеринбург, ул. Академика Шварца, д.4, 1 этаж, пом.10.

Обработка моих специальных, а также биометрических данных может осуществляться **только в медико-профилактических целях**, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Клиникой мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (в том числе специальные и биометрические) другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты. Я предоставляю Клинике **право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными** (в том числе специальными и биометрическими), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных. Клиника 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 по договорам ДМС. **Срок хранения моих персональных данных** соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено. **Срок действия настоящего согласия** – бессрочно. 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 Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Я даю свое согласие на информирование меня о предстоящем приеме посредством (нужное подчеркнуть):

смс-информирования; e-mail-информирования; телефонного звонка

Дата составления согласия

Подпись субъекта персональных данных

Ф.И.О.....