

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью),

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт (серия и номер, выдан дата название выдавшего органа) \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных в ООО «Диастом. Клиника доктора Древина» (далее – Оператор), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, а именно Центру Дентальной Диагностики и планирования «3Д –Диалог».

Представляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, изменение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных по ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 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. В случае моего заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

Подпись: \_\_\_\_\_