

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

адрес места жительства: _____,

документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____,

выдан _____,

дата выдачи «____» _____ г.,

телефон: _____, адрес электронной почты: _____,

действуя свободно, своей волей и в своем интересе, а в отношении несовершеннолетнего — как его законный представитель, даю согласие на обработку персональных данных.

Заполняется, если согласие дается за несовершеннолетнего:

Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения: _____,

документ, подтверждающий полномочия представителя: _____,

даю согласие оператору — ООО «ВСЕ ПРО ЗУБЫ», ОГРН 1175029001751, ИНН 5047193477, адрес: 141410, Московская обл., г. Химки, ул. Родионова, д. 7, помещение 10, этаж 1 (далее — Оператор), на обработку персональных данных на следующих условиях.

1. Цели обработки: заключение и исполнение договора возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг; оказание медицинской помощи и медицинских услуг; ведение медицинской документации и передача сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения; запись на прием и информирование о ходе лечения; осуществление расчетов, бухгалтерский и налоговый учет, выдача документов для получения налогового вычета; контроль качества и безопасности медицинской деятельности; рассмотрение обращений.

2. Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес места жительства и иные адреса для направления ответов на обращения; номера телефонов; адрес электронной почты; данные документа, удостоверяющего личность; сведения о законном представителе; сведения, вносимые в медицинскую документацию, в том числе о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, результатах обследования и лечения, назначениях; фотоматериалы и рентгенологические изображения, полученные при диагностике и лечении; сведения о расчетах за оказанные услуги.

3. Сведения о состоянии здоровья относятся к специальным категориям персональных данных и обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг лицами, обязанными соблюдать врачебную тайну (пункт 4 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ).

4. Перечень действий и способы обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение — с использованием средств автоматизации и без их использования. Трансграничная передача персональных данных не осуществляется.

5. Персональные данные могут передаваться лицам, привлекаемым Оператором для оказания медицинских услуг и обеспечения его деятельности (зуботехнические лаборатории, диагностические и рентгенологические центры, врачи-консультанты, операторы медицинских информационных систем и связи), в объеме, необходимом для достижения указанных целей, на условиях соблюдения ими конфиденциальности, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Согласие действует со дня подписания до истечения срока хранения медицинской документации, установленного законодательством Российской Федерации, если не будет отозвано ранее.

7. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления Оператору заявления в свободной форме по адресу Оператора либо по адресу электронной почты vitanika.himki@yandex.ru. Нотариальное удостоверение подписи на заявлении не требуется. При отзыве согласия Оператор прекращает обработку персональных данных, за исключением обработки, осуществляемой на иных законных основаниях, в том числе для ведения и хранения медицинской документации и исполнения обязанностей, установленных законодательством.

8. Обработка персональных данных, необходимая для заключения и исполнения договора, оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации, осуществляется на основаниях, предусмотренных законом, и в этой части согласия не требует. Политика Оператора в отношении обработки персональных данных размещена на сайте <https://vitanikahimki.ru>; с ее содержанием и с правами субъекта персональных данных я ознакомлен(а).

«___» _____ 20___ г. _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)