

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {ФАМИЛИЯИмяОтчество},

дата рождения: {ДатаРождения}, адрес: {Адрес},

документ, удостоверяющий личность {Документ}

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку моих персональных данных оператору:

Оператор: Индивидуальный предприниматель Ажицкий Денис Геннадьевич

ОГРНИП: 321911200026315 **ИНН:** 366227838228. **Юридический адрес:** 295007, г.Симферополь, ул.Курортная, д.25 **Фактический адрес:** 295017, г. Симферополь, ул. Киевская, д.71/Шмидта, 12

Контактные данные оператора по вопросам обработки персональных данных: тел. +79781074509, e-mail office@smile82.ru

Настоящее согласие оформлено отдельно от иных документов, подписываемых мною при получении медицинской помощи.

1. ЦЕЛИ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

- идентификация пациента и оформление документов, необходимых для оказания медицинской помощи;
- организация, оказание и документирование медицинской помощи, включая диагностику, обследование, профилактику, лечение и контроль результатов лечения;
- ведение, хранение и актуализация медицинской документации, в том числе в электронной форме;
- организация записи на прием, подтверждение и изменение даты и времени приема, информирование пациента по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи;
- оформление договоров, счетов, кассовых и иных расчетных документов, а также исполнение обязательств по договору оказания медицинских услуг;
- исполнение обязанностей и требований, установленных законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья, бухгалтерского учета, налогового учета и персональных данных;
- взаимодействие со страховыми организациями и иными лицами — только в случаях, когда такое взаимодействие необходимо для оказания медицинской помощи или исполнения требований законодательства.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Согласие предоставляется на обработку следующих персональных данных в объеме, необходимом для указанных целей:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- пол;
- адрес регистрации и/или адрес фактического проживания;
- номер телефона, адрес электронной почты;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС;
- сведения о страховании (ОМС/ДМС) — при наличии и необходимости;

- иные сведения, содержащиеся в медицинской документации, необходимые для оказания медицинской помощи.

Специальная категория персональных данных: сведения о состоянии здоровья, диагнозе, результатах обследований, назначенном и проведенном лечении, медицинских показаниях и противопоказаниях, а также иные сведения, составляющие врачебную тайну, в объеме, необходимом для оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации.

Сведения о месте работы, доходах, семейном положении и иные сведения, не связанные с указанными целями, по настоящему согласию не обрабатываются, если иное прямо не требуется законодательством Российской Федерации.

3. ДЕЙСТВИЯ С ПЕРСОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ И СПОСОБЫ ОБРАБОТКИ

Согласие предоставляется на совершение следующих действий: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, передача в случаях и объеме, предусмотренных настоящим согласием и законодательством Российской Федерации, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка может осуществляться с использованием средств автоматизации, без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

4. ПЕРЕДАЧА И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Передача и предоставление персональных данных допускаются только в объеме, необходимом для соответствующей цели, и при наличии предусмотренного законодательством Российской Федерации основания.

- страховым организациям — в случаях и объеме, необходимых для страхового обеспечения медицинской помощи;
- медицинским организациям и медицинским работникам, непосредственно участвующим в обследовании и лечении пациента;
- зуботехническим лабораториям и иным организациям, непосредственно участвующим в изготовлении медицинских изделий и оказании стоматологической помощи, — только в необходимом объеме;
- лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, — при наличии соответствующего поручения и при соблюдении требований законодательства Российской Федерации;
- государственным органам, органам местного самоуправления и иным лицам — только в случаях и порядке, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Передача сведений, составляющих врачебную тайну, иным гражданам осуществляется в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и, когда это требуется законом, на основании отдельного письменного согласия пациента либо соответствующего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАСИЯ И ХРАНЕНИЕ

Настоящее согласие действует с даты его подписания до достижения целей обработки персональных данных, если иной срок не установлен законодательством Российской Федерации, а также в течение сроков, необходимых для хранения медицинской, бухгалтерской, налоговой и иной документации, установленной законодательством Российской Федерации.

Хранение медицинской документации осуществляется в сроки, установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации. В частности, медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у) хранится 25 лет.

По достижении целей обработки персональные данные подлежат уничтожению или обезличиванию, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

6. ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ

Я вправе отозвать настоящее согласие путем направления Оператору письменного заявления по адресу Оператора либо иным способом, позволяющим подтвердить факт получения такого заявления.

Отзыв согласия не препятствует обработке персональных данных, если для нее имеются иные законные основания, предусмотренные законодательством Российской Федерации, в том числе обязанность Оператора по ведению и хранению медицинской документации.

7. ПРАВА СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Мне разъяснено, что как субъект персональных данных я имею права, предусмотренные Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе право получать информацию об обработке моих персональных данных, требовать их уточнения, блокирования или уничтожения в предусмотренных законом случаях, а также отозвать настоящее согласие.

8. ИНФОРМАЦИОННЫЕ И РЕКЛАМНЫЕ СООБЩЕНИЯ

☐ Я даю Оператору предварительное согласие на направление на указанный мною номер телефона и/или адрес электронной почты информационных сообщений, связанных с оказанием мне медицинских услуг: подтверждений и напоминаний о записи, уведомлений об изменении или отмене приема, готовности результатов, необходимости планового визита и иных сообщений, непосредственно связанных с моим лечением и обслуживанием в стоматологической клинике.

☐ Я даю предварительное согласие на получение от стоматологической клиники рекламных и информационно-рекламных сообщений посредством SMS, телефонных звонков и иных средств электросвязи, включая информацию об услугах клиники, акциях, скидках, специальных предложениях и новых услугах.

Указанное согласие на получение рекламы является добровольным и может быть отозвано в любое время путем обращения к Оператору. После получения требования о прекращении рекламных рассылок и звонков их распространение должно быть прекращено в соответствии с законодательством Российской Федерации.

☐ Отказ от получения рекламных сообщений не влияет на возможность получения медицинской помощи и не является основанием для отказа в оказании медицинских услуг.

9. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с целями обработки персональных данных, перечнем обрабатываемых персональных данных, действиями с ними, способами обработки, сроком действия настоящего согласия и способом его отзыва. Настоящее согласие предоставлено мной добровольно и осознанно, после ознакомления с условиями обработки персональных данных и понимания целей их обработки.

{ТекущаяДатаПолная}

ФИО пациента {ФамилияИО} Подпись пациента _____