

В ООО «Стоматология доктора Сейидова»
Адрес: 432013, Ульяновская область,
г. Ульяновск, ул. Шолмова, д.1,
помещ. 220,226,246-249, 2 этаж

**Заявление
пациента о согласии на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных
данных), _____ года рождения, проживающий по адресу:
_____, паспорт: серия _____ N _____, выдан
_____, руководствуясь ст. ст. 9, 10

Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие
ООО «Стоматология доктора Сейидова», Адрес 432013, Ульяновская область, г.
Ульяновск, ул. Шолмова, д.1, помещ. 220,226,246-249, 2 этаж ОГРН 1237300000376
(далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а
также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а
именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,
изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ),
обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно:
фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место
работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные
полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС),
сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской
помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном
лечении, данных рекомендациях, с правом обрабатывать персональные данные
посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и
отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление
отчетных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными
данными с учетом федерального законодательства. Срок хранения персональных данных
соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному
законодательством Российской Федерации и составляет 25 лет. В целях контроля
качества оказания медицинских услуг и обеспечения безопасности в отделении
проводится открытая видеосъемка и /или аудиозапись путем установления видеокамер в
публичных помещениях, стоматологических кабинетах, а также в месте осуществления
взятия биоматериала в соответствии с действующим законодательством.

Также даю согласие на установление медицинского диагноза; оказания
медицинских и медико-социальных услуг; иных медико- профилактических целях, учета
предоставленной информации в базах данных; статистической обработки и исследования
информации; исследований, направленных на улучшение качества продукции и услуг;
проведения опросов и исследований, направленных на выявление
удовлетворенности/неудовлетворенности Потребителя, постоянного совершенствования
уровня предоставляемых услуг; направления мне рекламных и информационных
сообщений об услугах ООО «Стоматология доктора Сейидова», о деятельности ООО
«Стоматология доктора Сейидова», о проведении стимулирующих мероприятий
рекламного характера, маркетинговых программ; информирования меня о новых товарах
и услугах Оператора и партнеров Оператора (полный перечень партнеров Оператора в
области оказания услуг размещен на сайте <https://zub73.ru>, а также в целях обеспечения
соблюдения законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Для целей оказания медицинских услуг Исполнителю предоставляется право
осуществлять обмен (прием и передачу) персональных данных с иными третьими
лицами, в том числе: медицинскими организациями, органами государственной и
муниципальной власти в порядке, установленном действующим законодательством
Российской Федерации, с использованием машинных носителей или по каналам связи с
соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Мне разъяснены мои права и обязанности, связанные с обработкой персональных данных, в том числе, моя обязанность проинформировать оператора в случае изменения моих персональных данных. Настоящее согласие действует бессрочно (до письменного отзыва).

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящим Согласием я подтверждаю, что являюсь субъектом предоставляемых персональных данных, персональные данные предоставлены мною лично, а также подтверждаю достоверность, полноту, точность предоставляемых данных, а также то, что предоставленные персональные данные не нарушают действующее законодательство Российской Федерации, законные права и интересы третьих лиц.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением, которое может быть отправлено в электронном виде посредством заполнения формы «Обратная связь» на сайте <http://clinic.dr.seyidov@gmail.com>. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____"____"____г.
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено "____"____г.

Уполномоченный представитель медицинской организации:

Директор  / Сейидов Р.Я.О.
(подпись, Ф.И.О.)