

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____
(Фамилия, имя, отчество)
проживающий(ая) по адресу _____
паспорт _____ выдан _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г, «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Моя стоматология» моих персональных данных, включающих фамилию, имя, пол, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства и регистрации, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), номер пенсионного удостоверения, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «Моя стоматология», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ООО «Моя стоматология» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе с использованием машинных носителей или по каналам связи. ООО «Моя стоматология» 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 (документов) по ОМС (договором ДМС), поддерживать со мной связь, отправлять мне электронные письма на указанный адрес электронной почты, осуществлять отправки смс сообщений на указанный номер мобильного телефона. ООО «Моя стоматология» имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

и территориальным фондом ОМС.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Контактный телефон _____

Адрес электронной почты _____

Подпись субъекта персональных данных:

« ____ » _____ 20 ____ г.