

Письменное согласие на обработку персональных данных

Приложение №1 к медицинской карте стоматологического больного

Я, _____, далее – «Субъект персональных данных»,
(Фамилия, имя, отчество заполняется собственноручно)

Я, _____, (ФИО законного представителя несовершеннолетнего)
проживающий по адресу _____,
Паспорт № _____ выдан (кем и когда) _____,
являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____ (ФИО), далее – «представитель несовершеннолетнего», на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ ¹ ,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ
подтверждаю своё согласие на обработку ООО «ИвлевГрупп», далее – «Оператор»

моих персональных данных / персональных данных несовершеннолетнего

далее - «Персональных данных», включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, обязанным сохранять врачебную тайну, персональные данные.

В процессе оказания Оператором мне / несовершеннолетнему медицинской помощи я предоставляю право работникам Оператора передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего / несовершеннолетнего: обследования и лечения, уточнения диагноза заболеваний, оформления финансовых, разрешительных документов третьим лицам: ФОМС, региональному отделению ФСС РФ Министерству здравоохранения, Управлению Роспотребнадзора по ЯНАО, Управлению Росздравнадзора по ЯНАО, страховым медицинским организациям.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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 (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по передаче отчетных форм в системе ОМС (по договорам ДМС) персональных данных в страховую медицинскую организацию с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну и персональные данные. Срок хранения указанных выше персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов – пять лет. Передача персональных данных, информации, являющейся врачебной тайной иным лицам или в иных случаях может осуществляться только с моего письменного согласия.

Разрешаю Оператору передачу персональных данных моих /не несовершеннолетнего моему представителю:

_____ без доверенности.
(указать Ф.И.О)

Настоящее согласие дано мной _____ / _____ / 201__ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я согласен получать информацию об изменениях моей записи к Врачу, напоминание о моей записи на прием к Врачу, о моих персональных скидках или их изменениях, акциях и услугах Оператора посредством звонков/ смс-сообщений / whatsapp / viber / на указанный контактный номер телефона:

Контактный телефон _____

Подпись субъекта персональных данных _____ **Дата** _____

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах несовершеннолетнего, законным представителем которого являюсь.

Подпись представителя несовершеннолетнего _____ **Дата** _____

¹ Для родителей. Для усыновителей «ст. ст. 64 п. 1, 137 п. 1 Семейного Кодекса РФ», опекуны – «ст 15 п. 2 Федерального закона «Об опеке и попечительстве», попечители – «ст 15 п. 3. Федерального закона «Об опеке и попечительстве».