



СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____,
фамилия, имя, отчество полностью
 проживающий по адресу _____,
адрес места регистрации - наименование населенного пункта (т.е. область, район, город, село), улица, дом, квартира
 паспорт серия _____ номер _____, Выдан _____,
дата и наименование выдавшего органа

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «БЕЛЫЙ КИТ»** (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными между организациями, входящими в состав Группы клиник «Стоматология БЕЛЫЙ КИТ», а именно ООО «СИТИ КИТ», ООО «МАСТЕР КИТ», ООО «Белый кит Имплант», ООО «Аллея Кит», ООО «Академ-Дент» с использованием машинных носителей или по каналом связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Оператор 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) при осуществлении медицинской деятельности, в том числе Группой клиник «Стоматология БЕЛЫЙ КИТ», по договорам об оказании медицинской помощи по Добровольному медицинскому страхованию (далее – договор ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____

сокращ. наименование страховой компании по ДМС

в которой я застрахован(а) с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20___ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной 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.

Мой контактный(е) телефон(ы): _____ почтовый адрес: _____
 e-mail: _____

Подпись субъекта

персональных данных: _____ / _____ / _____

подпись

расшифровка подписи, т.е. фамилия, имя, отчество

СТОМАТОЛОГИЯ



БЕЛЫЙ КИТ®

454080, г. Челябинск, ул. Сони Кривой, 67-А

Администратор: 264-55-99, 264-30-80