

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся

(ФИО, паспортные данные)

(адрес регистрации/места жительства, телефон)

в соответствии с требованиями ст. ст. 9, 10 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», даю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «АУРИКА»** (далее – Оператор) моих персональных данных, в объеме необходимом для установления медицинского диагноза и оказания медицинских (стоматологических) услуг, с учетом требований установленных ст. 94 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе персональные данные включающие: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес проживания/регистрации, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В процессе оказания Оператором представляемому лицу медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в моих интересах, обследования и лечения.

Я проинформирован, что Оператор гарантирует обработку персональных данных в соответствии с требованиями действующего законодательства, как автоматизированными, так и не автоматизированными способами и 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. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС и по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) на обмен (передачу) моими персональными данными со страховой организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно. Я проинформирован, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления 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 срок не превышающий 10 дней, с даты получения соответствующего требования.

Подпись субъекта персональных данных _____

дата оформления согласия: « ____ » _____ 20__ г.