

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных пациента стоматологического центра  
ООО «Дент-имплант»

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ №152-ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Дент-имплант», стоматологический центр (г. Хабаровск, ул. Большая, 97) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 медицинско-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что 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.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ОМС (ДМС).

Оператор, имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (территориальным фондом ОМС) 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов для клиники и составляет пять лет.

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

Органы прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора вправе получать доступ к персональным данным, а также к сведениям, составляющим врачебную тайну, без моего согласия или согласия моего законного представителя.

Настоящее согласие дано мною «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением 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.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись субъекта)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи.)

### Приложение 3

#### СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента стоматологического центра ООО «Дент-имплант»

Я, \_\_\_\_\_, (Ф.И.О.) являющийся(аяся) законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ №152-ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Дент-имплант», стоматологический центр (г. Хабаровск, ул. Большая,97) (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медицинско-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором моему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах его обследования и лечения.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать его персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ОМС (ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) его персональными данными со страховой медицинской организацией (территориальным фондом ОМС) 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов для клиники и составляет пять лет.

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

Органы прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора вправе получать доступ к персональным данным, а также к сведениям, составляющим врачебную тайну, без моего согласия.

Настоящее согласие дано мною «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует до совершеннолетия ребенка.

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 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 ребенку до этого медицинской помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_