

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Г. Новосибирск

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____

(по месту регистрации)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата, название выдавшего органа)

контактный телефон _____, e-mail _____

являясь пациентом / законным представителем пациента (нужное подчеркнуть), действуя свободно, своей волей и в своем интересе (а также по воле и в интересе представляемого мною лица), в соответствии со ст.ст. 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **выражаю свое согласие** на обработку моих персональных данных (а также персональных данных представляемого мною лица) Оператором — **Обществом с ограниченной ответственностью "Даяна"** (ОГРН 1025400513951, ИНН 540111936, КПП 540601001) юридический адрес: **630091, г.Новосибирск, ул. Мичурина 19** (далее — Оператор) на следующих условиях:

1. **Цель обработки персональных данных:** Оказание стоматологических и иных медицинских услуг, ведение медицинской документации и учетных форм, осуществление расчетов за оказанные услуги, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, а также исполнение иных обязанностей, возложенных на Оператора законодательством РФ.

2. **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:**

- Фамилия, имя, отчество;
- Пол, дата и место рождения, гражданство;
- Адрес регистрации, адрес фактического проживания;
- Контактный телефон, адрес электронной почты (e-mail);
- Данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа, код подразделения);
- Сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- Данные анамнеза, установленные диагнозы, назначения врачей, сведения о проведенном лечении и его результатах;
- Результаты клинических, лабораторных, инструментальных и иных медицинских обследований (включая рентгеновские снимки, компьютерную томографию, оттиски, слепки и модели челюстей);
- Медицинские фотографии (фотографии зубов, зубных рядов, лица пациента) — *исключительно для ведения медицинской карты, оценки качества и динамики лечения, без права распространения третьим лицам и публикации в сети Интернет.*

3. **Перечень действий с персональными данными:** Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) в случаях, установленных законом, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

4. **Способы обработки персональных данных:** Автоматизированная, неавтоматизированная (на бумажных носителях) и смешанная обработка персональных данных. Доступ к персональным

данным предоставляется сотрудникам ООО "Даяна" в процессе выполнения ими своих должностных (служебных) обязанностей.

5. Передача данных третьим лицам: Передача персональных данных третьим лицам (в том числе страховым организациям в рамках ДМС, сторонним зуботехническим лабораториям для изготовления конструкций) осуществляется только с письменного согласия Пациента (его представителя), за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ (в том числе при передаче сведений в ЕГИСЗ в силу лицензионных требований, органов прокуратуры, следствия и т.д.).

6. Срок действия согласия и хранение данных: Настоящее согласие действует со дня его подписания и в течение всего срока, необходимого для достижения целей обработки, но не менее сроков хранения медицинской документации, установленных законодательством РФ (для медицинской карты стоматологического пациента — не менее 25 лет).

7. Порядок отзыва согласия: Согласие может быть отозвано в любой момент на основании письменного заявления Пациента (его представителя), направленного Оператору заказным письмом с уведомлением о вручении либо врученного лично под расписку.

Оператор обязуется прекратить обработку персональных данных в течение 10 рабочих дней с момента получения такого заявления. При этом Оператор вправе продолжить хранение медицинской документации (включая медицинскую карту) без согласия Пациента на основании п. 2 и п. 4 ч. 2 ст. 10 ФЗ № 152 «О персональных данных» для исполнения предусмотренных законом обязанностей по архивному хранению медицинских документов.

Я обязуюсь обеспечить надлежащую защиту полученной от оператора информации и принимаю на себя полную ответственность за возможное раскрытие третьим лицам персональных данных (в том числе информации, относящейся к врачебной тайне).

Субъект персональных данных _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

«__» _____ 202__ г.