|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| к договору № \_\_\_\_\_\_\_ |  |
| об оказании платных медицинских услуг |  |
| от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |
|  |   |
|  |   |
| **СОГЛАСИЕ** |
| **на обработку персональных данных** |
|  |   |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| в соответствии с положениями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ООО «ДЕНТАЛ ВИЖН», 630102, г. Новосибирск, ул. Декабристов, д. 41, офис 9 (далее по тексту - Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации, данные о серии, номере, дате выдачи и выдавшем органе документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии 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 медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. |  |
| Предоставляю 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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС. |  |
| Оператор также имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией по программе ДМС 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 лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну. |  |
| Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет - для Оператора. |  |
| Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. |  |
| Настоящее согласие на обработку персональных данных дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и действует бессрочно, если не будет отозвано мною. |  |
| Я осведомлен о наличии у меня права отозвать свое согласие на обработку персональных данных. При этом отзыв согласия на обработку персональных данных осуществляется посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора почтой заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Оператора. |  |
| В случае получения письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить обработку указанных в настоящем согласии персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого момента медицинских услуг. |  |
|  |   |
|  |   |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| подпись ФИО полностью |  |