

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Стоматологическая поликлиника №9 Азино», расположенному по адресу: 420140, Республика Татарстан, город Казань, улица Ломжинская, дом 13, моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- дата рождения;
- пол;
- адрес места жительства (по паспорту, фактический);
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- место работы (учебы);
- должность;

- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах);
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;
- сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, аудио-видеозапись, фотопrotocol, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ООО «Стоматологическая поликлиника №9 Азино» г.Казани письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Стоматологическая поликлиника №9 Азино», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ___ » _____ 20___ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи пациента)