

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
_____ г. рождения, проживающий (ая) по адресу:
_____,
паспорт серия _____ № _____ выдан _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие **ООО «Ханбиков ДентЪ»** (далее Оператору) на обработку моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства и регистрации, контактный телефон, паспортные данные, СНИЛС, 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, накопление, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Я уведомлён о том, что я в праве в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных, а также получить доступ к своим персональным данным путем подачи письменного заявления Оператору.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет. Настоящее соглашение действует бессрочно.

(подпись)

(ФИО полностью)

« _____ » _____ 20____ г.

Контактный телефон _____

Заявление об отказе от предоставления персональных данных пациента

Руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим заявлением выражаю свой отказ от предоставления ООО «Ханбиков ДентЪ» (далее Клиника) своих персональных данных в части фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, информации о месте жительства, месте работы и иной информации о себе.

В соответствии с п.11.1 приложения №2 к Приказу МЗ РФ № 834н медицинская карта заполняется на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки). Таким образом, в отсутствии персональных данных невозможно заполнение и ведение медицинской карты пациента.

Мне разъяснено, и я согласен с тем, что:

– клиника не будет иметь возможности предоставлять мне официальные документы, имеющие юридическую силу, в которых в обязательном порядке должны быть указаны персональные данные лица, в отношении которого выдаются соответствующие документы, а именно: медицинские справки, выписки из истории болезни, копии заключений врача, копии результатов анализов и инструментальных методов исследований;

– при наличии задолженностей я обязуюсь в течение 24 часов закрыть все долговые финансовые обязательства перед Клиникой, после чего обработка моих персональных данных будет прекращена;

– вся информация обо мне, в том числе медицинского характера, будет аннулирована и изъята из МИС ЕГИСЗМЕД.

Я даю свое согласие Клинике на автоматизированное, а также без использования средств автоматизации обезличивание, блокирование, уничтожение указанных персональных данных.

(дата)

(подпись)