СОГЛАСИЕ

на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, _____

(Ф. И. О. полностью)

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

проживающий(ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «Современные диагностические технологии» (далее – Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): 350087, г. Краснодар, ул. им. Ф. Лузана, д. 19, пом. 1101 и представителям Оператора на обработку моих персональных данных (данных моего ребенка) (Ф. И. О. полностью) _____

включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, 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 обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему ребенку) медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка) обследования и лечения, а также в сторонние лаборатории, с которыми у Оператора заключен договор.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: 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).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов.

Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора 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 (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение установленного срока, а после этого сдать в архив или уничтожить.

(дата)

(подпись и расшифровка субъекта персональных данных)