

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_

(далее - Субъект) в соответствии с требованиями ст.9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **в стоматологической клинике ООО «АЗЕРСТОМ» (г. Ростов-на-Дону, ул. Волкова, 15)**, (далее — Оператор), обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения; паспортные данные; сведения о месте регистрации, проживания; контактный телефон; сведения о социальных льготах, реквизиты полиса ОМС (ДМС) данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаи 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 медицинской помощи 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, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами исполнительной власти, государственными структурами, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным хранить врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении 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 до этого медицинской помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_

(далее - Субъект) в соответствии с требованиями ст.9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **в стоматологической клинике ООО «АЗЕРСТОМ» (г. Ростов-на-Дону, ул. Волкова, 15)**, (далее — Оператор), обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения; паспортные данные; сведения о месте регистрации, проживания; контактный телефон; сведения о социальных льготах, реквизиты полиса ОМС (ДМС) данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаи 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 медицинской помощи 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, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами исполнительной власти, государственными структурами, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным хранить врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении 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 до этого медицинской помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_