

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся

(ф.и.о. Полностью)

регистрация(адрес)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ДентТайм» (далее -Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации(проживания), контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (если таковой имеется), данные о состоянии моего 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 охранять врачебную тайну согласно ст. 10 Ф.З «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ.

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, включения в списки(реестры) и отчетные формы, анкеты.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с отраслевыми организациями с использованием электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Оператор вправе передавать мои персональные данные по запросу уполномоченных органов:суда, правоохранительных органов, отраслевого вышестоящего органа.

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

Настоящее согласие дано мной 04 февраля 2021 и действует бессрочно.

Контактный телефон

Почтовый адрес

Подпись субъекта персональных данных _____

УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА(законного представителя)

(в соответствии с п.15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006)

г. Воронеж.

ООО «ДентТайм» уведомляет Вас о том, что:

1. ООО «ДентТайм» не является медицинской организацией, участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
2. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента

С уведомлением ознакомлен _____/

(подпись, ФИО Пациента (законного представителя))

04 февраля 2021 г.