

Согласие пациента на обработку персональных данных в ООО «Ваш  
стоматолог»

Я, \_\_\_\_\_ нижеподписавшийся, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Ваш стоматолог» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, 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 сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания клиникой мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам клиники, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ООО «Ваш стоматолог» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Ваш стоматолог» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные внутренним документооборотом клиники.

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 \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Ваш стоматолог» по почте заказным письмом

с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю  
ООО «Ваш стоматолог».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве  
настоящего согласия на обработку персональных данных, ООО «Ваш  
стоматолог» обязан прекратить их обработку в течение периода времени,  
необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до  
этого медицинской помощи.

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