

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
адрес _____, паспорт серия _____ номер _____
выдан _____ (кем, когда) _____,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:
ООО «Доктор-Дент», г. Тюмень, ул. Малиновского, 5Б.

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:
фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, рентгеновские снимки, модели, фотографии необходимые для постановки диагноза и оценки результатов лечения другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись гражданина _____ / _____ /
Подпись оператора _____ / _____ /
Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста: _____ /

Согласие на получение информации по каналам связи (SMS – рассылка, электронный адрес) от ООО «Доктор-Дент»

1. Информация о «Потребителе»

Фамилия, Имя, Отчество	
Адрес	
Вид документа, удостоверяющего личность паспорт серия номер	
Кем и когда выдан	
Номер телефона	+7
Электронный адрес	

2. Согласие на получение информации по каналам связи

Я хочу получать информацию от ООО «Доктор-Дент» в виде sms-сообщений на указанный выше номер сотового телефона

Я не хочу получать информацию от ООО «Доктор-Дент» в виде sms-сообщений на указанный выше номер сотового телефона

3. Порядок отзыва согласия на получение информации по каналам связи (SMS - рассылка) и обработку персональных данных:

для отзыва настоящего согласия необходимо подать соответствующее заявление в письменной форме по месту нахождения ООО «Доктор-Дент» не менее чем за 30 дней до момента отзыва. После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных законодательством РФ.

4. Я подтверждаю, что все указанные в настоящем соглашении данные верны. Подтверждаю, что указанный выше номер является моим личным номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и я готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящем соглашении в полном объеме.

_____ (подпись) (Ф.И.О. _____)

_____ (дата заполнения)

Заполняется сотрудником ООО «Доктор-Дент»

личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

_____ (подпись) (Ф.И.О. сотрудника и должность _____)