

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

**Я, нижеподписавшийся**

Адрес:

Серия и номер паспорта:

Кем и когда выдан:

именуемый в дальнейшем «Субъект персональных данных»,  
или законный представитель пациента (далее – Представитель пациента):

**Я, Представитель Пациента**

Адрес:

Серия и номер паспорта: \_\_\_\_\_ Кем и когда выдан: \_\_\_\_\_

Контактный телефон:

на основании: \_\_\_\_\_

**представляющий интересы Пациента:**

Ф.И.О.

Адрес:

Серия и номер паспорта: \_\_\_\_\_ Кем и когда выдан: \_\_\_\_\_

в соответствии с Федеральным Законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе ( в интересах представляемого) подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (и персональных данных представляемого) ООО «1-я социальная стоматологическая поликлиника», ОГРН-1065029020891, ИНН- 5029089219,(далее -«Оператор»), расположенным по адресу:141006 г. Мытищи, ул.Индустриальная, д.7, корп. 3, пом. VI.

**Обработка персональных данных** осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных, предоставление персональных данных в иные организации своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных с целью оптимизации лечебно-диагностического процесса.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:**

Фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения, пол, должность (профессия), сведения о месте учебы (работы), паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи), гражданство, адрес места жительства (адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания), контактный номер телефона, адрес электронной почты, социальное положение, биометрические (в т.ч. фото-видеосъемка, рентгеновские снимки), сведения о состоянии здоровья( в т.ч номер амбулаторной карты, дата начала и окончания лечения; исход заболевания, стандарт и условия оказания медицинской помощи).

**Я даю согласие/ не даю согласие** (нужное подчеркнуть) обрабатывать мои персональные данные Оператором с целью напоминания о записи на прием (в том числе отмене либо переносе записи на прием) или иных, связанных с исполнением договора, сведений посредством смс-сообщений, электронной почты, телефонных звонков и иных актуальных каналов телекоммуникаций.

**Я даю согласие/ не даю согласие** (нужное подчеркнуть) обрабатывать мои персональные данные Оператором с целью продвижения услуг Оператором путем информирования меня/ Пациента о рекламных акциях, скидках посредством смс-сообщений, электронной почты.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам (распространение, предоставление, доступ) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, и иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора: ООО «14\*14», ИНН 5018092756, ОГРН 1045003352811, адрес: 141070, Московская область, г.Королев, ул. Болдырева, д.3, пом. 16, комн.120; ООО «Сингл Дент», ИНН 7716824322, ОГРН 1167746446185, адрес: 129344, г.Москва, ул.Искры, д.31, корп.1.; обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных законодательством Российской Федерации случаях обязательного предоставления Субъектом своих персональных данных, Оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.

**Способы обработки персональных данных:** способом смешенной (автоматизированной, неавтоматизированной) обработки (на бумажных, на электронных носителях информации и в информационных системах персональных данных), с передачей по внутренней сети Оператора, с передачей по сети общего пользования Интернет.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ООО «1-я социальная стоматологическая поликлиника», письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Политикой в отношении обработки персональных данных в ООО «1-я социальная стоматологическая поликлиника», права и обязанности в области защиты персональных данных пациентов мне разъяснены.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)