

СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных и получение сообщений

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

документ, удостоверяющий личность: _____

(серия и номер документа, кем и когда выдан)

1. Согласие на обработку персональных данных

1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ», даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Дентал Депо» (далее — Оператор), расположенному по адресу: 107031, г. Москва, ул. Петровка, д. 19, стр. 5, в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор имеет право на обработку моих персональных данных в следующих случаях:

— обработка необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

— обработка осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления листка нетрудоспособности, передачи кассового чека в электронной форме (по моему требованию), а также для заключения и исполнения договора на оказание платных медицинских услуг, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;

— обработка производится посредством внесения персональных данных в электронную базу данных, в списки (реестры) и необходимые отчетные формы, а также при оформлении, хранении и регистрации электронных медицинских документов, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), а также предоставлении информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, медицинским организациям (лабораториям) в интересах моего (представляемого) обследования и лечения, территориальному Фонду ОМС, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Срок действия настоящего согласия — двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Я уведомлен(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» даю / не даю _____ / _____ (подпись) **согласие на передачу моих персональных данных в единую государственную систему здравоохранения (ЕГИСЗ)** Обществу с ограниченной ответственностью «Дентал Депо» (Оператор), расположенному по адресу: 107031, г. Москва, ул. Петровка, д. 19, стр. 5.

Я уведомлен(а) о том, что вправе в любое время отозвать свое согласие полностью или частично на основании личного письменного заявления, в том числе в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязуется прекратить их обработку.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

2. Согласие на получение сообщений

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Дентал Депо» (далее — Оператор), расположенному по адресу: 107031, г. Москва, ул. Петровка, д. 19, стр. 5, осуществлять:

— отправку сообщений на указанный мной номер телефона (+7-____-____-____-____), в том числе с использованием мессенджеров WhatsApp, Telegram, MAX;

— отправку электронных писем на адрес электронной почты: _____;

в целях обработки моего обращения, осуществления связи со мной для предоставления информации о результатах рассмотрения моего обращения; информирования меня об услугах, предложения мне услуг Оператора, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, маркетинговых программах; улучшения качества обслуживания, в том числе о подтверждении (отмене или изменении) даты и времени записи на приём, о готовности результатов исследований, при условии гарантии неразглашения данной информации третьим лицам без моего согласия, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я согласен(а) на предоставление мне информации и предложение услуг путем направления сообщений, писем посредством электронной почты, телефонных обращений, SMS-сообщений.

Я уведомлен(а) о том, что вправе в любое время отозвать свое согласие на получение сообщений путем подачи письменного заявления Оператору.

С Политикой в отношении обработки персональных данных можно ознакомиться на информационном стенде Оператора по адресу: 107031, г. Москва, ул. Петровка, д. 19, стр. 5, а также на сайте Оператора www.petrovka-beauty.ru.

«____» _____ 202__ г.

Личная подпись

Фамилия И.О.