Общество с ограниченной ответственностью

«Тихонов И.Е.»

ИНН 7105043597 ОГРН 1157154019307
Юридический адрес: 300001, г.Тула, ул. Марата, д.31
Фактический адрес: 300001, г.Тула, ул. Марата, д.31
Обособленное подразделение: 300041, г. Тула, ул. Демонстрации, д.1г
Тел.: 8 (4872) 25-70-00
Эл. почта: info.novadent71@gmail.com

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий (ая) по адресу (месту регистрации):_____
_____
_____ паспорт серия и номер_____, дата выдачи _____ название выдавшего органа _____в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Тихонов И.Е.» (300001, г.Тула, ул. Марата, д.31) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные или иные данные документа, удостоверяющего личность, ИНН, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, учета оплаты медицинских услуг и исполнения договоров на оказание медицинских услуг, в целях соблюдения требований законодательства в сфере охраны здоровья граждан по размещению информации в Единой государственной системе в сфере здравоохранения и обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, должностными лицами Оператора в интересах моего обследования и лечения, в том числе в порядке взаимодействия с другими медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи, а так же лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенных с ним договоров добровольного страхования.

Для обеспечения информирования меня о мероприятиях, связанных с оказанием медицинской помощи (запись на прием, отмена приема, приглашение на профилактические осмотры, памятки после лечения, опрос самочувствия после лечения и т.д.), я **предоставляю / не предоставляю** Оператору право на отправку мне сообщений в мессенджерах WhatsApp/Telegram, по следующему номеру телефона **+7 (_ _ _) _ _ _ - _ _ - _ _** с помощью использования специализированного программного обеспечения Zabota 2.0, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных.

Я **предоставляю / не предоставляю** право Оператору на передачу моих персональных данных, в том числе медицинской документации и (или) сведений о состоянии моего здоровья, в Реестр электронных медицинских документов Единой государственной системы в сфере здравоохранения, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту.

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, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стоматологического пациента) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата _____ Подпись _____ /_____/