

Генеральному директору
ООО «ЦКДН «Движение»
Ляхову И.М.
644007, г. Омск, ул. Герцена, 34, помещ. 2П

Заявление о согласии на обработку персональных данных

Я, _____, Дата рождения _____ г.р., паспорт серии _____ № _____, выданный _____, проживающий по адресу: _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие оператору ООО «ЦКДН «Движение» (ИНН 5503265394 ОГРН 1225500025167), юридический адрес: 644007, г. Омск, ул. Герцена, 34, помещ. 2П (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на обработку и использование своих персональных данных, персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, антропометрические и биометрические данные, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- 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;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных в ЕГИСЗ, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором об оказании платных медицинских услуг. В целях контроля качества оказываемых услуг я даю своё согласие на проведение фотосъемки моей полости рта до начала лечения и по окончании лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(ФИО гражданина, контактный телефон)

Передача лицам, не указанным в этом перечне, моих персональных данных или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Дата _____ г.

_____/_____
(подпись, фамилия и инициалы)

Уполномоченный представитель медицинской организации:

_____/_____
(подпись, фамилия и инициалы)