

Общество с Ограниченной Ответственностью  
«ДОСТУПНЫЕ СТОМАТОЛОГИИ»  
Адрес: 450098, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Российская, д. 94/3, офис 20  
Р/счет 40702810120000002327, К/счет 30101810745374525104, БИК 044525104  
ООО «Банк Точка»  
ИНН 0276974191 КПП 027601001 ОГРН 1230200008796  
Тел. +7-(962)-522-98-05; e-mail: ds.ufa@bk.ru

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся,

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Зарегистрированный(ая) по адресу

\_\_\_\_\_

(адрес места регистрации)

Документ удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(паспорт, серия, номер, кем и когда выдан)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне (моему недееспособному опекаемому/несовершеннолетнему ребенку): \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, адрес места регистрации, паспорт (серия,

номер, кем и когда выдан)/свидетельство о рождении (номер, номер актовой записи, дата))

медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

\_\_\_\_\_

(наименование и адрес медицинской организации)

\_\_\_\_\_

(далее – Оператор)

\_\_\_\_\_

(адрес оператора, указанный в ЕГРЮЛ, ИНН, ОГРН)

сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых может предоставляться доступ ограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_

моих персональных данных, в том числе персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следующих категорий персональных данных:

– персональные данные: фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места жительства, телефона, адреса электронной почты, места работы/учебы, данных паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данных полиса обязательного медицинского страхования, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

– специальные категории персональных данных: информации о состоянии моего здоровья,

случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

### **Цели обработки персональных данных: предоставление медицинской помощи.**

#### **Оператор имеет право:**

– при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;

– с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будет осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

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 (документов) по ОМС (договором ДМС).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

---

(название страховой медицинской организации)

и территориальным Фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «ДОСТУПНЫЕ СТОМАТОЛОГИИ» при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации в течение периода 30 календарных дней. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.