

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

Я, \_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

(далее - Субъект) соответствую с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.2006 г. 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку в стоматологической клинике ООО «Граидент (г. Ростов-на-Дону, ул. Прогрессивная, 6). (Далее - Оператор), обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения; паспортные данные, сведения о месте регистрации, проживания; контактный телефон, сведения о социальных льготах, реквизиты полиса ОМС (ДМС) данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаи обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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.

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, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами исполнительной власти, государственными структурами, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным хранить врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной "" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, которое 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 течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_