Приложение 1 к Договору №_____

Согласие на обработку персональных данных

г. Хабаровск {ТекущаяДатаПолная} г

Я, нижеподписавшийся, {ФамилияИмяОтчество} , проживающий по адресу (по месту регистрации): {Адрес} Паспорт серия номер {СерияНомерПаспорта} Выдан {Выдан}, дата . {ДатаВыдачи}

В соответствии с требованиями 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ. Подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Студия Современной Стоматологии» (далее – оператор) моих персональных данных, включающих : фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить 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, наполнение, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мною {ТекущаяДатаПолная} и действует бессрочно.

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.

Контактный телефон {МобТелефон}

Адрес {Адрес}

Подпись субъекта персональных данных _____