

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся проживающий по адресу _____ паспорт гражданина РФ серия _____ номер _____, выдан _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. «№152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью "Никс", расположенным по адресу: город Архангельск, улица Садовая, дом 23 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, реквизиты полиса ОМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, 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 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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС, договором ОМС, договором на оказание платных медицинских услуг.

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

Срок хранения моих персональных данных составляет десять лет.

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

Настоящее согласие дано мной 23.12.2021 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(ы) _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ

Перед заключением договора об оказании стоматологических услуг мне разъяснено мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в учреждениях здравоохранения по полису ОМС.

ДАТА

ФИО

ПОДПИСЬ

В случае получения в ООО "Никс" стоматологической помощи в соответствии с Постановлением Правительства от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (пункт 15) ООО "Никс" уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

УВЕДОМЛЕН(А) / НЕУВЕДОМЛЕН(А)

ДАТА

ФИО

ПОДПИСЬ

На проведение дополнительных методов обследования:
фото и видеопотоколирование

согласен (а)

ПОДПИСЬ: _____