*Приложение к Договору №\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_г.*

**Согласие пациента (законного представителя)
на обработку персональных данных пациента**

Я,(фамилия,имя,отчество)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие ООО «Дент-Ас» (далее – оператор), на обработку моих (или моего подопечного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных:
фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, номер контактного телефона, номер полиса ДМС, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, сведения об оказанных медицинских услугах, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения о медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.
 Предоставляю оператору право:
— осуществлять обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение), а так же моих (моего подопечного) данных, содержащихся на рентгеновских снимках, фотографиях, видеозаписях, а также полученных оператором в процессе осмотра, проведения рентгенодиагностики, а также полученных оператором в процессе проведения инструментальных исследований, содержащихся на фотографиях, видеозаписях.
 Я выражаю согласие на то, что:
— на территории оператора осуществляется видеонаблюдение и хранение записей видеонаблюдения с целью обеспечения безопасности;
— передачу оператором моих (моего подопечного) персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации и обслуживания программного обеспечения по месту нахождения оператора.
— передачу оператором моих (моего подопечного) персональных страховым компаниям, с которым заключен договор как оператором, так и субъектом персональных данных. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими (моего подопечного) персональными данными со страховыми организациями 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную 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.
 Настоящее согласие действует:
— до достижения целей, установленных до начала обработки данных, если срок хранения не установлен законом. Если срок хранения установлен законом – по истечении срока хранения.
— до утраты правовых оснований обработки персональных данных.
 Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления письменного заявления, которое будет вручено представителю оператора или направлено в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.
 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, за исключением случаев, указанных пп. 2-11 части 1 ст.6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что все данные, предоставленные мной, являются полными и достоверными.
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.
Субъект персональных данных (законный представитель субъекта персональных данных)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_