

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО ММЦ «АРИСТОКРАТ»

Я, _____
(Ф.И.О., дата рождения, полностью)

проживающий по адресу _____
(по месту регистрации)

паспорт серия и номер _____, выдан _____
(дата, название выдавшего органа)

Номера телефона _____ Место работы _____

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО ММЦ «Аристократ», (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов для поликлиники и составляет пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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.

Информационное согласие пациента на осуществление открытого видеонаблюдения

Я не возражаю в осуществлении открытого видеонаблюдения посредством использования видеокамер, установленных в регистратуре и в стоматологических кабинетах ООО ММЦ «Аристократ», направленного на обеспечение безопасности лечебного процесса, поддержания трудовой дисциплины и порядка, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случае их возникновения.

ООО ММЦ «Аристократ» гарантирует, что полученные данные видеонаблюдения будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться и передаваться в открытое пользование.

подпись субъекта
персональных данных

« _____ » _____ 20 ____ г.