

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

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: Красноярский край, город Красноярск \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, № подл. \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Центр стоматологических услуг «СТОМУС» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 строго лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную и служебную тайну. В процес-се оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам переда-вать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, строго в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять 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, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документа-ми, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет <двадцать пять лет>.

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

Настоящее согласие дано мной и \_\_\_\_\_ действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время 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 отказе 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) и почтовый адрес: Красноярский край, город Красноярск \_\_\_\_\_

Подпись субъекта \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_