СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

На обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных

Я, _____ **д/р**_____
(фамилия, имя, отечество полностью) (дд;мм;гггг)

паспорт серии: _____ **номер** : _____**выдан:**_____

_____ **дата выдачи**: _____

Проживающий(ая) по адресу: _____

место работы: _____ должность: _____

тел. домашний :_____ тел.рабочий: _____

даю согласие на обработку моих персональных данных, моего ребенка (опекаемого) _____

_____

Обществу с ограниченной ответственностью «Гелиосдент», ОГРН 1076673020148, находящемуся по адресу: 620012, г. Екатеринбург, ул. Победы, д. 7.

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеоизображения, голоса) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка моих данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование моего изображения, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия(операции) с данными о моем здоровье, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения моих персональных данных, срок действия согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, 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 Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

2. На получение информации по каналам связи

Я даю свое согласие, если иное не указано ниже, на информирование клиникой о дате и времени приемов, новостях и предложениях, с помощью телефонных звонков, смс сообщений и электронной почты сотрудниками клиники, в том числе с помощью автоматизированных средств оповещения, по следующим каналам связи:

мобильный телефон: _____

электронная почта: _____

☐ Я не даю свое согласие на получение информации о новостях и предложениях клиники.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящем соглашении данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, адрес электронной почты является моим, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящем соглашении в полном объеме.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____
(подпись) (расшифровка полностью)

Дата составления согласия _____ г.

Личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

Подпись ответственного сотрудника ООО «Гелиосдент» _____ / _____
(подпись) (расшифровка полностью)