

***Согласие на обработку персональных данных.***

**Настоящим, во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 «О защите персональных данных»**

Я \_\_\_\_\_ даю согласие ООО «Стомат плюс» (далее Оператор) на сбор и обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, 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, заболевания, в 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 и уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС/ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС и иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного допуска, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных осуществляет сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 5 лет. Настоящее согласие дано мной 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 оказанное мне до этого медицинской услуги.

\_\_\_\_\_  
ФИО

Подпись

Дата

***Согласие на обработку персональных данных.***

**Настоящим, во исполнение требований Федерального закона от  
27.07.2006 г. № 152 «О защите персональных данных»**

Я \_\_\_\_\_ даю согласие ООО «Стомат плюс» (далее Оператор) на сбор и обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, 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, заболевания, в 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 и уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС/ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС и иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного допуска, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных осуществляет сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 5 лет. Настоящее согласие дано мной 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 оказанное мне до этого медицинской услуги.

\_\_\_\_\_ ФИО

\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата