

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий(ая) по адресу: _____, паспорт _____, выдан _____, дата выдачи: _____ своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Обществом с ограниченной ответственностью «ГлориДент» (ООО «ГлориДент») (далее - Оператор) ОГРН 1207700464960, ИНН 9703022830, КПП 770301001, адрес регистрации: 123290, г. Москва, Шмитовский проезд, дом 39, корпус 2, помещение 11Н, лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № Л041-01137-77/00637994 от 17.01.2023г., выдана Департаментом здравоохранения города Москвы, срок действия - бессрочно.

В соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Оператору, третьим лицам, в т.ч. медицинским учреждениям, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, на обработку моих персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных, в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, оформления договорных отношений, другим работникам Оператора, не занимающимся профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору оказания медицинских услуг, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, составления справок об оплате медицинских услуг и иных документов, обусловленных заключением договора оказания медицинских услуг, оказанием медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования, их хранения, заключения, исполнения и прекращения договора оказания медицинских услуг, в соответствии с законодательством, на передачу моих персональных данных в ЕГИСЗ в соответствии с п. 6 Постановления Правительства РФ от 01.06.2021г. № 852.

Даю согласие на предоставление медицинской информации из моей медицинской (амбулаторной) карты о факте моего обращения за медицинской помощью (включая информацию в реестрах на оплату счетов за оказанные медицинские услуги), копию медицинской (амбулаторной) карты врачу или иным сотрудникам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, страховой организации, в которой я застрахован по программе добровольного медицинского страхования. Данная информация может потребоваться для проведения медицинской экспертизы качества и объема, представленных к оплате медицинских услуг, полученных в ООО «ГлориДент» согласно страховому полису, по программе ДМС или координации текущего процесса оказания медицинской помощи.

Даю свое согласие на проведение видеосъемки в помещениях Оператора в целях обеспечения сохранности имущества, товарно-материальных ценностей, обеспечения безопасности, контроля и организации техники безопасности в помещении и документальной фиксации возможных противоправных действий, контроля качества оказания медицинской помощи, выявления нарушений законодательства Российской Федерации и локальных нормативных актов Оператора.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие: фамилия, имя, отчество; паспортные данные; дата и место рождения; пол; адрес места жительства (по паспорту, фактический); контактный номер телефона; социальное положение; место работы (учебы); должность (профессия); сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах); сведения о данных рекомендациях; сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС), данные полиса ДМС, изображение (в том числе фотографии, видеозаписи).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. При проведении медицинских лабораторных исследований производится передача биологического материала лаборатории, проводящей медицинские лабораторные исследования.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением об обработке персональных данных в ООО «ГлориДент», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись

Ф.И.О. Потребителя