

## СОГЛАСИЕ

### на обработку персональных данных, специальных категорий персональных данных (данных о состоянии здоровья), биометрических данных

Я, \_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, код подразд. \_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Профессорская стоматология», юридический адрес: 390000, г. Рязань, ул. Чапаева, д. 59, пом. Н12, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности: 390000, г. Рязань, ул. Чапаева, д. 59, пом. Н12 (далее - Оператор), моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого являюсь)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

**(фамилия, имя, отчество представляемого, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес)**

включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), паспортные данные, биометрических персональных данных (моего видеоизображения, голоса), данные о состоянии моего здоровья (состоянии здоровья представляемого), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. Обработка биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и пациентов; в целях рассмотрения конфликтных ситуаций, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи.

В целях осуществления обязательного социального страхования подтверждаю свое согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, а также на обработку (моих/лица, законным представителем которого являюсь) персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа. Оператор вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования РФ, учреждению медико-социальной экспертизы персональные данные, необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без моего уведомления.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого) содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными представляемого), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных целях, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои (ребенка) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, на бумажные носители, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.

Я подтверждаю свое согласие на передачу по моему запросу результатов моего (ребенка) рентгенологического обследования в электронной форме по электронной почте. Меня проинформировали, что передача вышеуказанной информации через незащищенные каналы связи (Интернет) может привести к нарушению конфиденциальности, целостности этих данных. В случае распространения персональных данных в результате доступа третьих лиц к моей электронной почте либо иными незаконными способами Оператор ответственности за данное распространение не несет.

Предоставляю /не предоставляю (нужное подчеркнуть) Оператору право предоставлять информацию посредством осуществления звонков работников Оператора и отправления смс-сообщений на мой номер телефона.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет при оказании медицинской помощи в условиях стационара, 5 лет –при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях( поликлиника) или в негосударственной медицинской организации.

Передача моих (представляемого) персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии 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. Меня проинформировали, что согласно п.2. ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных», Оператор имеет право продолжить обработку персональных данных в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 2023 г.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ /

(Форма утверждена приказом МЗ РФ от 12.11.2021 г. № 1051н)