

 ООО «СОФИТЕЛЬ Р**»**

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающий по адресу (по месту регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью «СОФИТЕЛЬ Р» (ИНН 6950263841) (далее Оператор) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС (при наличии), идентификационный номер налогоплательщика, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. В процессе оказания Оператором мне платных медицинских услуг 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, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, в том числе предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 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 тайну.

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

Оператор гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное согласие дано на неопределенный срок. Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) и почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Подпись субъекта персональных данных