

приложение № 2
к Договору об оказании
платных стоматологических
медицинских услуг

Согласие
на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента стоматологической клиники
КГБОУ ДПО ИПКСЗ.

Я, _____, являющаяся (ийся) законным представителем
несовершеннолетнего _____, дата рождения _____
проживающий по адресу _____,
паспорт серия _____, № _____, выдан _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в КГБОУ ДПО ИПКСЗ, стоматологическая клиника (г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171 в) (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико- профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором моему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах его обследования и лечения.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание,

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) его персональными данными со страховой медицинской организацией (территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что их прием обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов для клиники и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано мною «__» _____ 20__ г. 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 оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____