**Согласие на обработку персональных данных**.

Настоящим во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006 г.

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

Адрес регистрации:

Документ, удостоверяющий личность:

Серия, номер и дата выдачи:

Орган, выдавший документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю свое письменное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Новый Стандарт 32» (далее - Оператор) (юридический адрес, и место нахождения: Российская Федерация, город Великий Новгород, пр. А.Корсунова д.28А), а также его аффилированным лицам, зависимым и дочерним компаниям и организациям и обособленным подразделениям на обработку моих персональных данных в целях правильной организации клинического приема и контроля качества стоматологического лечения, для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медикосоциальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата и место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства и регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия, сроки и объем оказания медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

Я уведомлен и понимаю, что под обработкой персональных данных подразумевается сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными. Также под персональными данными подразумевается любая информация, имеющая ко мне отношение как к субъекту персональных данных, в том числе моя фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес проживания и любая другая информация. Оператор оставляет за собой право использовать данные диагностики, фотографии, данные истории болезни и прочие персональные данные в образовательных, рекламных и прочих целях без идентификации личности, если на это не получено мое дополнительное письменное согласие. В случае поручения Оператором обработки персональных данных иному лицу, ответственность передо мной, как субъектом персональных данных за действия данного лица несет Оператор.

Также даю согласие на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен и понятен. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью, подпись)

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.