

1. Анкетные данные

Я, _____ /ФИО/
Паспорт серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
код подразделения _____
Адрес по прописке: _____
Номер телефона: _____

Я ознакомлен(а) с правами пациента, предусмотренными ст.30-34, 61 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан , ст. 18, 20-22, 28 и 41 Конституции Российской Федерации.

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в «ООО «Стоматологическая поликлиника «АТАКА», расположенного по адресу 140180, г Жуковский, ул. Дугина 28/12 (далее — ООО «СП «АТАКА») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе предоставления ООО «СП «АТАКА» мне медицинской услуги я даю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «СП «АТАКА», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ООО «СП «АТАКА» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «СП «АТАКА» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

ООО «СП «АТАКА» имеют право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС и платным услугам на обмен (прием и передачу) персональных данных пациента со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, ДМС 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. Используя мое право в соответствии со ст.61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, ФЗ №152 от 27.07.06г. даю свое согласие на предоставление информации, составляющую врачебную тайну только следующим лицам:

[illegible]

3. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных:

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес ООО «СП «АТАКА» по адресу: 140180, г. Жуковский, ул. Дугина, д.28/12 по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «СП «АТАКА».

В случае моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных работники ООО «СП «АТАКА» обязаны прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной пациенту до этого медицинской помощи.

После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных законодательством.

4. Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов(а) возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящем соглашении в полном объеме.

Настоящее соглашение действует бессрочно и дано мною «___» _____ 202_ г.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина полностью, заполняется субъектом персональных данных собственноручно)

Заполняется ответственным сотрудником ООО «СП «АТАКА»:

личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

(подпись)

(Ф.И.О. сотрудника и должность)