Приложение № 1 к договору на оказание медицинских услуг № {НомерКарты}

1. Согласие на обработку персональных данных.

1.1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, адрес: {Адрес},

Паспорт {СерияНомерПаспорта} выдан: {Выдан}, {ДатаВыдачи} г.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ и статьей 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), адрес электронной почты, указанный в договоре оказания услуг, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС — если Заказчик лечится по полису добровольного медицинского страхования), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

- 1.2. Предоставляю Исполнителю право, используя смешанный способ обработки персональных данных, осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление, передачу.
- 1.3. Действуя свободно, своей волей, в своем интересе, в целях достижения максимального качества оказываемых стоматологических услуг и в рамках соглашения о комплексном лечении и диагностики я поручаю и предоставляю право осуществлять все вышеперечисленные действия (операции) с моими персональными данными третьим лицам* в целях исполнения настоящего Договора.
- 1.4. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право Исполнителю передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, лицам, оплачивающим мое лечение.
- 1.5. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.
- 1.6. Предоставляю Исполнителю право использовать мой номер телефона для оповещения, включая сообщения через мессенджеры. Я согласен, что уведомления о времени визита будут направлены мне на номер мобильного телефона.
- 1.7. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично или моим представителем с отметкой о получении.
- 1.8. В процессе оказания медицинской помощи Исполнитель имеет право передавать мои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения.
- 1.9. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.
 - 2. Предоставляю / НЕ предоставляю свой СНИЛС,

Даю / НЕ Даю согласие на передачу электронных медицинских карт (ИЭМК) в систему РЭМД (Реестр электронных медицинских документов) (не нужное - вычеркнуть).

* ООО Стоматология «Факел» ИНН 3664056461

Исполнитель	Алабовский Д.В.		
Заказчик/Потребитель {ФамилияИмяОтчество} (ФИО, подпись)		{ дата	ТекущаяДатаПолная} г.