**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, *${Familia} ${Name} ${Patronymic}*, нижеподписавшийся проживающий по адресу (по месту регистрации) *г. ${FirstCity}, ул. ${FirstStreet}, ${FirstHouse}-${FirstFlat}* паспорт *${Seria}* № *${Number}* дата выдачи *${DataTaking},* название выдавшего органа *${WhereTake}*, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ООО « Санадент», именуемым в дальнейшем Оператор, моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес места жительства и регистрации, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, 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 оказания Оператором мне медицинской помощи 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, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в свою электронную базу данных, включения в списки (реестры), и отчетные формы документации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет =двадцать пять лет=.

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

Настоящее согласие подписано мной «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

Меня уведомили, что в целях пресечения противоправных действия третьих лиц обеспечения безопасности и недопущения ущерба здоровью пациентов и сотрудников в помещениях ООО «Санадент»(г. Владивосток, ул. Авроровская, д. 17, офис 22) **ведется видео/аудио наблюдение.**

Контактный(е) телефон(ы): *${Phone} ${AddPhone}*

Почтовый адрес:

*г. ${SecondCity}, ул. ${SecondStreet}, ${SecondHouse}-${SecondFlat}*

Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_