

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_  
 паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., проживающий(ая) по  
 адресу \_\_\_\_\_

подтверждаю, что в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в связи с обращением за оказанием платных стоматологических услуг **даю свое согласие ООО «ДОС – Урсула»** (ИНН 6670023036, г. Екатеринбург, ул. Сыромолотова, 24) (далее – **Оператор**) **на обработку**, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение **Оператором моих персональных данных, включающих:** фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол (м/ж), контактный телефон, номер и серию основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес места регистрации, адрес места фактического проживания, номер амбулаторной карты, сведения о здоровье, в том числе диагнозы, анамнез, результаты обследования и лечения.

Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам со страховыми организациями на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией, по направлению которой мне оказываются (оказаны) медицинские услуги, с использованием машинных носителей, по каналам связи или иным способом с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право использовать мои персональные данные (в том числе медицинскую документацию) для ознакомления представителем страховой организации, эксперту страховой организации для контроля объема и качества предоставленных мне услуг; для проведения экспертизы качества оказанной мне медицинской услуги независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ.

Разрешаю предоставлять данные о состоянии моего здоровья, плане и ходе лечения следующим лицам:

- 1) \_\_\_\_\_  
 ФИО, степень родства (если не родственник, то указать, кем приходится пациенту)
- 2) \_\_\_\_\_  
 ФИО, степень родства (если не родственник, то указать, кем приходится пациенту)
- 3) \_\_\_\_\_  
 ФИО, степень родства (если не родственник, то указать, кем приходится пациенту)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 5 лет.

С целью повышения качества моего обслуживания разрешаю передачу моих персональных данных группе компаний «Урсула»: ООО «Стоматологический центр-Урсула» (ИНН 6661063811, г. Екатеринбург, ул. Мельковская, 9), ООО «Гамма-Урсула» (ИНН 6658423373, г. Екатеринбург, ул. Уральская, 75, офис 3).

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

Настоящее согласие 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.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.



**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

являясь законным представителем - \_\_\_\_\_ /матерью, отцом, опекуном/  
ребенка \_\_\_\_\_ Ф.И.О, \_\_\_\_\_ года рождения,  
что подтверждается Свидетельством о рождении серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданным  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в связи с обращением за оказанием платных стоматологических услуг даю свое согласие ООО «ДОС – Урсула» (ИНН 6670023036, г. Екатеринбург, ул. Сыромолотова, 24) (далее – **Оператор**) на **обработку**, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение **Оператором моих персональных данных и персональных данных ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол (м/ж), контактный телефон, номер и серию основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, номер и серию свидетельства о рождении, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес места регистрации, адрес места фактического проживания, номер амбулаторной карты, сведения о здоровье, в том числе диагноз, анамнез, результаты обследования и лечения.**

Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам со страховыми организациями на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными ребенка со страховой организацией, по направлению которой оказываются (оказаны) медицинские услуги, с использованием машинных носителей, по каналам связи или иным способом с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право использовать мои персональные данные и персональные данные ребенка (в том числе медицинскую документацию) для ознакомления представителем страховой организации, эксперту страховой организации для контроля объема и качества предоставленных услуг ребенку; для проведения экспертизы качества оказанной медицинской услуги независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ.

Разрешаю предоставлять данные о состоянии здоровья, плане и ходе лечения ребенка следующим лицам:

- 1) \_\_\_\_\_  
ФИО, степень родства (если не родственник, то указать, кем приходится ребенку)
- 2) \_\_\_\_\_  
ФИО, степень родства (если не родственник, то указать, кем приходится ребенку)

Срок хранения моих персональных данных и персональных данных ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 5 лет.

С целью повышения качества моего обслуживания и обслуживания ребенка разрешаю передачу моих персональных данных и персональных данных ребенка группе компаний «Урсула»: ООО «Стоматологический центр-Урсула» (ИНН 6661063811, г. Екатеринбург, ул. Мельковская, 9), ООО «Гамма-Урсула» (ИНН 6658423373, г. Екатеринбург, ул. Уральская, 75, офис 3).

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

Настоящее согласие 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 ребенку до этого медицинской помощи.

Подпись представителя \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.