

В соответствии с пп.5 ч.1 ст. 6 ФЗ № 152 «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его **общих** персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА **на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье)**

Я, ФИО Пациента паспорт серии, номер _____, выдан _____
проживающий (ая) по адресу: _____, даю согласие на обработку моих данных
Обществу с ограниченной ответственностью «Лакшери Дент»,

- ☐ находящемуся по адресу: г.Москва, п.Коммунарка, Скандинавский бульвар д.2 корп.8
- ☐ находящемуся по адресу: г.Москва, мкрн.Переделкино, ул.Самуила Маршака, 15 к.1

Обработка данных о здоровье Пациента может осуществляться только в медико-профилактических целях. В процессе оказания Клиникой Пациенту медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье, а также биометрические данные другим должностным лицам Клиники в интересах обследования Пациента и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Направление сведений о результатах исследований и лечения осуществляется Исполнителем с адреса dl_clinic@mail.ru В целях соблюдения требований законодательства РФ, предъявляемых к охране сведений, составляющих врачебную тайну, Клиника вправе не рассматривать (оставить без ответа) обращения Пациента, поступившие с неустановленного (не указанного в Договоре (приложениях к нему)) адреса электронной почты. В случае изменения адреса (в том числе адреса электронной почты) Стороны Договора, действительным считается соответствующий адрес, указанный в приложении (соглашении) к Договору, подписанном Сторонами в наиболее поздний период.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения персональных данных Пациента, срок действия согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о здоровье Пациента в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись пациента  _____

Дата составления согласия