

## ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество заполняется собственноручно

далее - «Субъект персональных данных».

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Стиль-Дент» находящегося по адресу: г. Омск, ул. Булатова, 101 далее - «Оператор», моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медикопрофилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, обязанным сохранять врачебную тайну, персональные данные.

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 электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Передача моих персональных данных, информации, являющейся врачебной тайной иным лицам или в иных случаях может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен 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.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

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