СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я,_____,

проживающий по адресу_____
(далее - Субъект) в соответствие с требованиями ст.9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **в стоматологической клинике ООО «АНТИС» (г. Ростов-на-Дону, Коммунистический, 12)**, (далее — Оператор), обработку моих персональных данных включающих::фамилию, имя, отчество; дату рождения; паспортные данные; сведения о месте регистрации, проживания; контактный телефон; сведения о социальных льготах, реквизиты полиса ОМС (ДМС)данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаи 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 электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами исполнительской власти, государственными структурами, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным хранить врачебную тайну.

В соответствии со ст. ст. 152.2 Гражданского кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **я проинформирован и даю свое согласие на осуществление Оператором видеонаблюдения и аудиозаписи посредством использования видеокамер, установленных в зоне регистратуры и в кабинетах приема врачей ООО «АНТИС»**, для создания условий для антитеррористической защищенности, обеспечения личной безопасности работников, пациентов, посетителей, обеспечения безопасной организации оказания медицинских услуг, контроля качества оказания услуг, выполнения Работниками Правил внутреннего трудового распорядка, обеспечения сохранности имущества и дорогостоящего оборудования, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций, обеспечения противопожарной защиты здания, пресечения противоправных действий со стороны посетителей. ООО «БЛИК» гарантирует, соблюдение мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, все полученные данные строго **конфиденциальны**, будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение 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 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.

Контактный телефон _____
Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____(_____)