

## ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, являясь законным  
представителем \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, (отчество - при наличии))

В соответствии с действием ст. 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2007 г. № 781 "Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных" подтверждаю свое согласие ООО «Белла Вита Дент Академическая» на обработку моих персональных данных, персональных данных лица, законным представителем которого являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медикопрофилактических 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю 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 (документов) по ОМС (ДМС).

Я проинформирован, что в холлах и лечебных кабинетах клиники проводится открытое видеонаблюдение с целью обеспечения безопасности лечебного процесса, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечения объективности расследования в случаях их возникновения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Белла Вита Дент Академическая»

Контактный телефон: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Настоящим я выражаю **согласие / не согласие** (нужное подчеркнуть) на получение рекламной информации от ООО «Белла Вита Дент Академическая» о проводимых акциях, скидках, новых услугах посредством мобильной связи (смс сообщения, сообщения в мессенджерах), электронной почты.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)