КЛИНИКА ПЕРЕВОЗНИКОВА и СОЛТАНОВОЙ

Приложение Г

ООО «Солодент» 129323, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Свиблово, проезд Лазоревый, д. 3, помещ. 801
ИНН 7716967458, КПП 771601001, ОГРН 1227700342968

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, **«__.__.»** года рождения,
(Ф.И.О. полностью)
паспорт: серия _____ № _____, ***выдан*** _____ **«__»** __ __г.,
зарегистрированный(-ая) по адресу:
_____,
в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие **ООО «Солодент»** (далее — «Оператор», «Исполнитель») на обработку моих персональных данных.

(Этот раздел заполняется только в случае, если пациент несовершеннолетний или недееспособный)
Я, _____ (Ф.И.О. законного представителя), паспорт _____ выдан _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. полностью, год рождения), далее по тексту — «Пациент».

1. Перечень обрабатываемых персональных данных

1.1. Оператор обрабатывает следующие персональные данные:

- **общие:** ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, телефон, e-mail, СНИЛС, реквизиты банковской карты (для возвратов);
- **специальные категории:** сведения о состоянии здоровья, диагнозы, результаты обследований (включая снимки КТ, ОПТГ, Радиовизиографии), данные анамнеза, аллергостатус, назначенное и проведенное лечение;
- **биометрические:** фото-, видеоизображение лица (в медицинских целях для фиксации результатов лечения).

2. Цели обработки

2.1. Обеспечение соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения.
2.2. Оказание медицинской помощи, ведение медицинской документации.
2.3. Заключение и исполнение договора на оказание платных медицинских услуг.
2.4. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности.

3. Действия с персональными данными

3.1. Оператор осуществляет сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.
3.2. Обработка осуществляется как с использованием средств автоматизации, так и без их использования.

4. Передача персональных данных третьим лицам

4.1. Я даю согласие на передачу моих персональных данных (включая сведения о здоровье) **следующим категориям третьих лиц**, привлекаемых Оператором для оказания мне медицинской помощи:

- зуботехническим лабораториям и зубным техникам (для изготовления конструкций);
- медицинским организациям и лабораториям (для диагностики, рентгена, КТ, анализов);
- врачам-специалистам и анестезиологам (при наличии согласования в Плане лечения);
- сервисным компаниям, обслуживающим медицинскую информационную систему (при условии конфиденциальности);
- страховым компаниям (при оказании услуг по ДМС);
- органам государственной власти (по официальным запросам).

4.2. Передача данных осуществляется исключительно в объеме, необходимом для выполнения конкретного этапа лечения.
4.3. С данными лицами у Оператора заключены соглашения о неразглашении информации.
4.4. **Трансграничная передача данных не осуществляется.**

5. Передача результатов обследований по открытым каналам связи

5.1. Я уведомлен(а) о рисках потери конфиденциальности при передаче медицинских данных по открытым каналам связи (электронная почта).
5.2. Выбор (отметить нужное):
[_____] **Согласен(-на)** на отправку результатов анализов и снимков КТ/ОПТГ, Радиовизиографии на e-mail: _____@_____.

[_____] **Отказываюсь** от получения результатов по открытым каналам связи.

6. Видеонаблюдение

6.1. Я уведомлен(а) и согласен(-на) с тем, что в помещении Оператора ведется открытая видео- и аудиозапись в целях безопасности.

7. Срок хранения и порядок отзыва

7.1. Персональные данные хранятся в течение 25 лет в соответствии с требованиями законодательства РФ.

7.2. Я вправе отозвать согласие письменным заявлением по адресу: 129323, г. Москва, проезд Лазоревый, д. 3, помещ. 801, или по e-mail: clinika.stom@yandex.ru.
7.3. При отзыве Оператор прекращает обработку в течение 30 дней, за исключением случаев, предусмотренных законом (хранение медкарты).
8. Подтверждение
8.1. Я подтверждаю, что действую добровольно, мне разъяснены цели и последствия обработки.

Подпись Пациента (Законного представителя):
_____ / _____ /(подпись) (расшифровка подписи)
«__» **_____ 20**_ г.

Блок 1. Согласие на медицинское фото/видео (для карты)

Я, _____, даю согласие ООО «Солодент» на осуществление фото-, видео- и цифрового протоколирования в объёме, необходимом для диагностики, планирования, контроля лечения и ведения медицинской документации.

Материалы **не будут использоваться в рекламных или публичных целях** без отдельного согласия (см. Блок 2).

Подпись: _____ / _____ / «_**» _____ 20** г.

Блок 2. Согласие на рекламные сообщения и публичное использование материалов

Я, _____, даю согласие ООО «Солодент» на:

1. **Получение сообщений** о товарах, услугах, акциях:

   [___] SMS

   [___] E-mail

   [___] Мессенджеры

   [___] Телефонные звонки

2. **Использование моих фото/видеоматериалов** в рекламных материалах:

   [___] с обезличиванием (без ФИО)

   [___] с указанием ФИО

Я понимаю, что могу в любой момент отозвать это согласие письменным уведомлением.

Подпись: _____ / _____ / «_**» _____ 20** г.