

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
проживающий (ая) по адресу _____ паспорт _____

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр Актив Сервис» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях 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 (далее – персональные данные).

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в целях обследования и лечения, обрабатывать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных Оператора, передавать их другим должностным лицам Оператора в связи с оказанием медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, систематизацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по Договору оказания стоматологических услуг (в том числе ДМС), для предоставления статистической отчетности, отчетных форм, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и иными уполномоченными организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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 на обработку персональных данных 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.

Настоящее согласие дано мной ____.__.____ г., и действует бессрочно.

_____/ _____/
(подпись) (расшифровка подписи)