**Согласие на обработку персональных данных пациента Обществом с ограниченной ответственностью “Стоматологическая клиника Перцева С.С.”**

Я,нижеподписавшийся(-шаяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(-щая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с Конституцией РФ ст.24, требованиями ст.9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006г. (ред. от 29.07.2017) “О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (моего ребенка) ООО “Стоматологическая клиника Перцева С.С.” (далее-Клиника), включающих:

1.Фамилия,Имя,Отчество

2.Паспортные данные

3.Дата рождения

4.Адрес проживания

5.Контактный телефон

6.Реквизиты полиса ДМС

Обработка данных о моем здоровье (моего ребенка), моих биометрических данных (моего ребенка) может осуществляться только в медико-профилактических целях: в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье (моего ребенка) и мои биометрические данные (моего ребенка) другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения (моего ребенка), а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье (моего ребенка), моими биометрическими данными (моего ребенка)**,** включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные (моего ребенка) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам ДМС.

Срок хранения моих персональных данных (моего ребенка) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты стоматологического больного) и составляет семьдесят пять лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено.

Передача моих персональных данных (моего ребенка) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие (моего ребенка) посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» Клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье (моего ребенка) в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье (здоровье моего ребенка), составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Подпись субъекта персональных данных

Дата составления согласия

**Согласие**

**пациента (или его законного представителя) на осуществление открытого видеонаблюдения**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя)

не возражаю в осуществлении открытого видеонаблюдения посредством использования видеокамер, установленных в регистратуре и в стоматологических кабинетах ООО «Стоматологическая клиника Перцева С.С.», направленного на обеспечение безопасности лечебного процесса, поддержания трудовой дисциплины и порядка, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случае их возникновения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (Ф.И.О.)