



СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий
(данных о здоровье, биометрических данных)
в соответствии со ст. 11 ФЗ №152 «О персональных данных»

Я _____, (Ф.И.О.Пациента полностью),
паспорт: серия _____ дата выдачи « _____ » _____ г
выдан _____ код подр. _____
Зарегистрирован (прописан) г. _____ дом _____ корп. _____ кв. _____
фактическое место жительства г. _____ дом _____ корп. _____ кв. _____
телефон _____ e-mail : _____

в соответствии с требованиями ст.ст. 6, 11 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» No 152-ФЗ, в целях исполнения условий публичного Договора- оферты на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг даю свое согласие на обработку ООО «Камя+» (Юридический адрес: 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74, Адрес места осуществления деятельности : 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74, ОГРН -1057600651063 ИНН -7604079359 КПП– 760401001) -далее «Оператор», общих и специальных категорий персональных данных.

Исполнитель - ООО «КАМЕЯ+» зарегистрирован в реестре операторов Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, (Роскомнадзор), регистрационный номер 76-23-007621 и осуществляет обработку персональных данных в соответствии с нормами действующего законодательства.

Я уведомлен и согласен, что обработка и защита персональных данных осуществляется в соответствии с «Политикой обработки и защиты персональных данных ООО «КАМЕЯ+», размещенной для ознакомления на официальном сайте Исполнителя, согласно требований части 2 статьи 18.1 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006 г (с изм. и доп) по адресу в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" : <https://kameyadent.ru>, а также на информационных стендах (стойках) в холле регистратуры Исполнителя ООО «КАМЕЯ+» и доступна неограниченному кругу лиц . Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте – в холле регистратуры и доступны в течение всего рабочего времени медицинской организации (Исполнителя), в наглядной и доступной форме.

Оператор (ООО «КАМЕЯ+») не обрабатывает специальные категории персональных данных, касающиеся расовой, национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или философских убеждений и интимной жизни.

Оператор (ООО «КАМЕЯ+») обрабатывает только специальные категории персональных данных, касающиеся состояния здоровья Пациента / Потребителя в целях оказания Потребителю платных медицинских услуг и выполнения условий публичного Договора-оферты (обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну).

Я уведомлен и согласен, что в целях организации контроля качества оказываемых услуг и обеспечения безопасности врача, сотрудников и Пациентов, производится видеозапись в холле Клиники ООО «Камя+» , а также в помещении лечебных кабинетов во время приема, в соответствии с Положением об организации видеонаблюдения в медицинской организации. Исполнитель использует изображение Заказчика (Пациента/Потребителя), его голос исключительно в обозначенных целях (обеспечение безопасности, антитеррористической защищенности и контроль качества оказываемых услуг).

Обработка данных о здоровье Заказчика (Пациента/Потребителя), биометрических данных (видеозображение, голос, рентгеновских снимков, фотопротокола) осуществляется в целях оказания медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях выполнения условий публичного Договора-оферты, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассматривания конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности оказываемой медицинской помощи, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну .

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их **обезличивания**. В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье моего ребенка / представляемого другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты (в случае оказания услуг по ДМС).

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье или здоровье моего ребенка / представляемого , включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Передача персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную мною в договоре или в соответствующем заявлении электронную почту. Я уведомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и Оператор не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных при пересылке документов на мою электронную почту.

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.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» Оператор имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье моего ребенка / представляемого в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье моего ребенка / представляемого , составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими компаниями и организациями, осуществляющими контроль качества оказания медицинских услуг, с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в списки, реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными службами, учреждениями и организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей и/или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять медицинскую тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных или данных моего ребенка, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет. (согласно Письма Министерства здравоохранения РФ от 7 декабря 2015 г. N 13-2/1538 "О сроках хранения медицинской документации").

По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

По достижении цели обработки моих персональных данных предоставляю Оператору право на досрочное уничтожение документов.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

3. Медицинская документация и обработка моих персональных данных ведётся Оператором с применением компьютерной программы для управления стоматологией «IDENT» (ООО АЙДЕНТ). В дальнейшем, история болезни, записи приёмов Пациента/ Потребителя могут распечатываться на бумажном носителе и вклеиваться в медицинскую карту.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью телефонных звонков, мессенджеров и направлений сообщений на указанный мною в договоре / заявлении адрес электронной почты, с целью напоминания о записи на прием к специалисту или исследованию, об обязательных явках, профосмотрах, контрольных осмотрах, а также сообщений информационного характера, в т.ч. об изменениях в расписании клиники, по указанному мною номеру телефона и адресу электронной почты.

Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Соответствующий письменный документ может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю.

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 до этого медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г № 152-ФЗ « О персональных данных».

Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия возлагаются на меня.

Подтверждаю, что я ознакомлен с положениями Федерального закона от 27.07.2006 г № 152-ФЗ « О персональных данных», с документами Оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих персональных данных ООО «Камея+» (Юридический адрес: 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74, ОГРН -1057600651063 ИНН -7604079359 КПП- 760401001) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен. Содержание документа мне понятно. Я понимаю, что он является юридическим документом и приложением к Договору. Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное Согласие на обработку общих и специальных категорий персональных данных (данных о здоровье, биометрических данных) в соответствии со ст.ст.6, 11 ФЗ №152 «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение вышеуказанного срока.

Я подтверждаю, что достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания всего вышеупомянутого и у меня было достаточно времени, чтобы обдумать данное решение, перед подписанием настоящего Согласия.

Настоящее Согласие дано мной « _____ » _____ 20 ____ года

(Ф.И.О. Заказчика (Пациента / Потребителя) , подпись)

Подпись оператора (Должность, фамилия, инициалы):

« _____ » _____ 20 ____ г.