

**Согласие пациента (законного представителя)
на обработку своих персональных данных (ПД)**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»

Я, _____
(Ф.И.О.) _____ (Дата рождения)

Адрес проживания: _____
(адрес постоянной или временной регистрации)

Данные паспорта: _____
(серия и номер, дата выдачи и орган выдавший документ)

Телефон: _____
(мобильный) _____ (домашний)

Подтверждаю и даю согласие оператору персональных данных ООО «Орто+» «Центр Функциональной Стоматологии», юр. Адрес: г. Зеленоград, корп 1557 пом. 12) на обработку моих персональных данных.

Цель обработки: осуществление медицинского (амбулаторного) лечебно-диагностического процесса.

Перечень ПД, на обработку которых дается согласие гражданина:

- паспортные данные или иные документы удостоверяющие личность гражданина;
- данные о фактическом месте жительства гражданина (адрес фактического места жительства);
- данные о здоровье гражданина (рентгеновские снимки, контрольно-диагностические модели, диагностика, фото и видео снимки в процессе лечения);
- иные данные.

Перечень действий с ПД, на совершение которых дается согласие субъекта ПД:

- сбор;
- систематизация;
- накопление;
- хранение;
- уточнение (обновление, изменение);
- использование;
- обезличивание;
- блокирование;
- уничтожение.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, установленному действующим законодательством (не менее 5 лет с момента последнего посещения медицинского учреждения).

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить из обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной _____
(Число, месяц, год)

Подпись субъекта персональных данных _____ (_____)
(подпись) (расшифровка подписи)

Подпись оператора _____ (_____) " ____ " _____ 201__ г.
(Должность, фамилия, инициалы)