

Приложение № 2 к Договору № _____ от _____.

Согласие на обработку персональных данных
Заказчика (Пациента) ООО «Улыбка».

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

_____, документ,

удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (редакция от 24.06.2025 года, действует с 01.09.2026 года), статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (редакция от 17.11.2025 года, действует с 01.03.2026 года) **даю свое согласие** на обработку, **ООО «Улыбка» (далее – Оператор)**, расположенному по адресу: Калужская область, Боровский район, город Балабаново, улица 50 лет Октября, дом 10 **моих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным)** _____,

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

" _____ " _____ года рождения),

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

законным представителем которого я являюсь), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - **в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по Договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора**, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания организацией-оператором мне (несовершеннолетнему гражданину /лицу, признанному недееспособным) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (несовершеннолетнего гражданина/лица, признанного недееспособным) обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе оказания Оператором мне (несовершеннолетнему гражданину /лицу, признанному недееспособным) медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные (персональные данные несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным), в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования (обследования несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным), лечения и учета следующим лицам: должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора; контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионному фонду РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Подтверждаю, что мне разъяснены и однозначно понятны содержание пп.5 ч.1 ст.6 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», по которому получение моего согласия на обработку общедоступных персональных данных не требуется, если она осуществляется в моих интересах (в интересах несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным) в рамках заключенного по моей инициативе Договора на оказание стоматологических услуг, по которым обработка специальных данных о здоровье Пациента применительно к оказанию ему платных стоматологических услуг по вышеуказанному Договору также может осуществляться без его согласия.

Я даю добровольное осознанное согласие на обработку моих биометрических персональных данных, (биометрических персональных данных несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным), полученных при обследовании, и которые не используются для установления моей личности (личности несовершеннолетнего гражданина /лица, признанного недееспособным): ортопантограмма, телерентгенограмма, прицельные компьютерные рентгеновские снимки, зубные слепки, – а необходимы для оказания мне (несовершеннолетнему гражданину /лицу, признанному недееспособным) стоматологических услуг по заключенному Договору.

Я СОГЛАСЕН(НА)/НЕ СОГЛАСЕН(НА) - (нужное подчеркнуть) на получение информации (устно, смс) на свой электронный адрес, телефонный номер от Исполнителя о ежегодном профосмотре, напоминании о назначенном времени приема, о специальных предложениях ООО «Улыбка».

Срок хранения моих персональных данных (персональных данных лица, признанного недееспособным) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Срок хранения персональных данных ребенка соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет 10 лет. (Письмо МЗРФ от 07.12.2015 №13-2/1538).

Я предупрежден(а) и согласен(на), что в помещениях ООО «Улыбка»» **ведется видеонаблюдение.**

Настоящее согласие действительно на срок действия Договора об оказании стоматологических услуг. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте либо вручено представителю Оператора лично под расписку. При отзыве моего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне (несовершеннолетнему гражданину /лицу, признанному недееспособным) стоматологических услуг, и известить меня о прекращении обработки. Реквизиты для извещения:

Контактный телефон: _____
Электронный адрес : _____
Почтовый адрес: _____

Примечание: согласие на обработку персональных данных в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных.

Факт законности представительства интересов

_____ (Ф.И.О. представляемого)
подтвержден: _____
(документ представителя)

_____/_____
подпись заказчика/пациента расшифровка подписи

« ____ » _____ 202 ____ г.
дата оформления

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО