

СОГЛАСИЕ пациента на обработку его персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____, зарегистрированный(ая)
Ф.И.О. полностью

по адресу: _____, паспорт серия ____ номер _____ выдан _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «НОРД-СТОМ», расположенного по адресу: 183039, г. Мурманск, ул. Книповича, д. 23, оф. 212 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

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.

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 мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

СОГЛАСИЕ пациента на обработку его персональных данных

Настоящим свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие ООО «НОРД-СТОМ», которое находится по адресу: г. Мурманск, ул. Академика Книповича, д.23, офис 212 (далее – Стоматология), на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных, в том числе с использованием интернет-сервисов Google analytics и Яндекс.Метрика в соответствии со следующим перечнем:

- фамилия, имя и условия заказа в случае его оформления;
- источник захода на сайт <http://www.nord-stom.ru> (далее – Сайт стоматологии) и информация поискового или рекламного запроса;
- данные о пользовательском устройстве (среди которых разрешение, версия и другие атрибуты, характеризующие пользовательское устройство);
- пользовательские клики, просмотры страниц, заполнения полей, показы и просмотры баннеров и видео;
- данные, характеризующие аудиторные сегменты;
- параметры сессии;
- данные о времени посещения;
- идентификатор пользователя, хранимый в cookie,

для целей повышения осведомленности посетителей Сайта Стоматологии и услугах Стоматологии, предоставления релевантной рекламной информации и оптимизации рекламы.

Также даю свое согласие на предоставление Стоматологией моих персональных данных как посетителя Сайта Стоматологии агентствам, с которыми сотрудничает Стоматология. Стоматология вправе осуществлять обработку моих персональных данных следующими способами: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ).

Настоящее согласие вступает в силу с момента моего перехода на Сайт Стоматологии и действует в течение сроков, установленных действующим законодательством РФ.