

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных Заказчика/Потребителя  
(Пациента)**

г.Лобня

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г.

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

1. В соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.06. 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик дает согласие ООО «Центр-М», далее «Исполнитель» и его представителям на обработку персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес, телефон, реквизиты ОМС (ДМС), номер лицевого счета в Пенсионном фонде (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, рентгенологические исследования, данные о состоянии здоровья, случаи обращения за медицинской помощью, - при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2. Заказчик предоставляет право Исполнителю передавать персональные данные, в том числе специальные, ООО «Айдент», ООО «Медицина» (Забота 2,0), ИП Лагутин М.И. (Top Dent), ИП Воронихин А.А. (Loyal Med), другим должностным лицам Исполнителя в интересах обследования и лечения Заказчика/Потребителя (Пациента), страховым медицинским организациям (в рамках ДМС,ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

3. Заказчик предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия с персональными данными Заказчика (Пациента), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Заказчика (Пациента) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, в частности, договорами ДМС (ОМС).

4. Срок хранения персональных данных 5 лет. Срок действия согласия – бессрочно. Отзыв согласия – отправка заказным письмом с описью вложения заявления об отзыве согласия на имя руководителя Исполнителя. В случае получения письменного заявления Заказчика (Пациента) об отзыве согласия Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Заказчику (Пациенту) медицинской помощи и хранить 5 лет, после чего сдать в архив или уничтожить.