**Уважаемые пациенты!**

 Уведомляем Вас о том, что в соответствии с пп.5 п.1 ст. 6 ФЗ «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его персональных данных, если она осуществляется **только в рамках договора** на оказание стоматологических услуг, не требуется. Ниже вы даете согласие на обработку ваших персональных данных о здоровье и биометрических данных[[1]](#footnote-1). Пожалуйста, ознакомьтесь с настоящим согласием: мы постарались изложить его максимально понятно и просто.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**на обработку данных о здоровье и биометрических данных**

Я, ……………………………………………………………………………………………………………………………….,

(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт серии …………………., номер …………………………, выдан …………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………... проживающий (ая) по адресу: ………………………………………………….……………………………………………, …………………………………………………………………………………………………………………………………... даю согласие на обработку данных о здоровье, биометрических данных,

**ООО «Доктор ВАЙС», 119361 г.Москва, ул.Лобачевского, д.43 п-IV**

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных может осуществляться **только в медикопрофилактических целях**: в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медикосоциальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания стоматологической клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье и биометрические данные другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике **право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, биометрическими данными**, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных. Клиника 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 по договорам ДМС.

**Срок хранения моих персональных данных** соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты стоматологического больного) и составляет пять лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено.

**Срок действия настоящего согласия** – 5 лет.

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

Я оставляю за собой **право отозвать свое согласие** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных 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, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Подпись субъекта персональных данных ……………………………………………………

Дата составления согласия …………………………………………..

 МП

1. Биометрические данные – это физиологические, биологические характеристики человека, позволяющие идентифицировать его личность (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и пр.). [↑](#footnote-ref-1)