Согласие пациента на обработку своих персональных данных

Подписывая данный документ я, **{Фамилия Имя Отчество}, {Год рождения} года рождения ({Дата рождения}), проживающий (ая) по адресу {Адрес}, паспорт {Паспорт}** в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» даю свое согласие на обработку ООО "ТЕОдент", находящемуся по адресу Тюменская обл., г.Тобольск, ул.10 микрорайон № 6/1 - 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 лицами, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, сотрудниками Оператора, давшими обязательство о не разглашении конфиденциальной информации.

Персональные данные будут обрабатываться способами, включающими в себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, распространение (в том числе передачу), как с использованием, так и без использования средств автоматизации, с целью организации взаиморасчетов за оказанные мне медицинские услуги.

Даю согласие, на передачу Оператором моих персональных данных в документальной или электронной форме, полностью или частично:

- в медицинские организации и учреждения, участвующие реализации Территориальной программы ОМС, организации, участвующие в реализации программы ДМС;
- в органы управления здравоохранения Тюменской области;
- в Фонды обязательного медицинского и социального страхования по Тюменской области.

Настоящее согласие дано мной {**Текущая дата полная}** года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, направленное мной в адрес Оператора по почте, при этом Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный (е) телефон(ы): **{Телефоны}** Почтовый адрес: **{Адрес}**

Подпись субъекта персональных данных ✓ _____{Фамилия Имя Отчество}

{Текущая дата полная} г**.**