

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

г. Магнитогорск

«__» _____ 2025 г.

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)
Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ номер _____
выдан _____
(кем и когда выдан)
адрес регистрации: _____,
дата рождения: «__» _____ г., контактный телефон: _____,
адрес электронной почты: _____,
даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Дентал эксперт» (ООО «ДЕНТАЛ ЭКСПЕРТ»), расположенному по адресу: 455000, Челябинская обл., г. Магнитогорск, пр-кт Metallургов, д. 12, помещение 20, ИНН 7456056362, ОГРН 1247400017820, лицензия № Л041-01024-7401867913 от 17.02.2025 (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем Согласии, на следующих условиях:

1. Цели обработки персональных данных:

- * Оказание мне медицинских услуг (включая диагностику, лечение, профилактику стоматологических заболеваний);
- * Заключение, исполнение, изменение и прекращение договоров на оказание платных медицинских услуг;
- * Ведение медицинской документации в соответствии с требованиями законодательства РФ;
- * Взаимодействие со страховыми медицинскими организациями (в рамках программ ДМС/ОМС, если применимо);
- * Выполнение требований действующего законодательства РФ (в том числе налогового, бухгалтерского, в сфере здравоохранения);
- * Организация записи на прием и информирование о времени приема;
- * Информирование о состоянии моего здоровья, ходе лечения, медицинских рекомендациях.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- * Фамилия, Имя, Отчество;
- * Дата рождения;
- * Адрес регистрации и проживания;
- * Контактные данные (телефон, адрес электронной почты);
- * Данные документа, удостоверяющего личность (паспорт);
- * Данные полиса обязательного (ОМС) и/или добровольного (ДМС) медицинского страхования;
- * Сведения о состоянии здоровья, диагнозах, анамнезе, результатах обследований (включая рентгеновские снимки, фотографии), назначенном лечении, его результатах (в рамках целей, указанных в п.1);
- * Финансовые данные, необходимые для оплаты оказываемых услуг (реквизиты платежных документов).

3. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ) третьим лицам исключительно для достижения целей, указанных в п.1 настоящего Согласия (включая, но не ограничиваясь: страховые медицинские организации, органы Росздравнадзора, суды, правоохранительные органы – в случаях, предусмотренных законодательством РФ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

4. Срок действия согласия:

Настоящее согласие действует со дня его подписания до момента достижения целей обработки персональных данных, указанных в п.1, и хранения медицинской документации в соответствии с требованиями законодательства РФ (не менее 5 лет после последнего обращения), но не позднее момента отзыва настоящего Согласия.

5. Способ отзыва согласия:

Я понимаю, что вправе отозвать настоящее согласие в любое время путем подачи письменного заявления по адресу Оператора. Отзыв согласия не повлияет на законность обработки, произведенной Оператором до момента отзыва.

Подпись Субъекта ПДн / Законного представителя: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «__» _____ 2025 г.

Экземпляр Согласия получил(а): _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «__» _____ 2025 г.