

Уведомление потребителя (заказчика)

ООО "Стоматологическая поликлиника "Евромед Дент" уведомила о том, что несоблюдение потребителем указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Подпись _____ ДАТА _____

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных несовершеннолетних

Я, представитель Пациента, ,
зарегистрированный по адресу: <ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>,
документ, удостоверяющий личность паспорт серия номер , выдан ,
на основании: _

_____ (степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента; реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)

представляющий интересы Пациента ФИО
зарегистрированного по адресу:
документ, удостоверяющий личность
выдан

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку ООО "Стоматологическая поликлиника "Евромед Дент", расположенному по адресу: 426009, Удмуртская Респ, Ижевск г, Совхозная ул, дом 1А, (далее – Оператор), моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ДМС , реквизиты справки МСЭ, место учёбы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг представляемому мной лицу я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, персональные данные представляемого мной лица, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования представляемого мной лица, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ДМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты),

Передача моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 9 августа 2023 г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ //

**Информированное согласие гражданина на разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну**

Я, , обращаюсь в **ООО "Стоматологическая поликлиника "Евромед Дент"** для проведения лечения, согласен/не согласен на разглашение сведений составляющих врачебную тайну, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и моего лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях (в случае, если предполагается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну).

Дата

Подпись _____