Общество с ограниченной ответственностью "КИТ"
г.Ярославль, Малый Московский пер., д.1/17, пом.V
Тел./факс: 8 (4852) 23-10-22 e-mail: mail@kit-stom.ru
ИНН/КПП 7604384828 / 760401001, ОГРН 1227600006875
Лицензия № Л041-01132-76/00643627 от 14.03.2023г.

КИТ

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
Дата рождения: _____, проживающий(ая) по адресу (место регистрации): _____
Паспорт: _____ выдан _____ кем _____
являясь законным представителем _____

1. Я подтверждаю свое согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью "КИТ" (г.Ярославль, Малый Московский пер., д.1/17, пом.V), далее – «СТОМАТОЛОГИЯ», моих персональных данных, которые включают: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес регистрации и адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию в целях обследования, диагностики, лечения, профилактики, оказания иных медицинских услуг (медицинской помощи), а также осуществление иных, связанных с этим мероприятий, в том числе в целях организации внутреннего учета СТОМАТОЛОГИИ при условии сохранения врачебной тайны (если эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным СТОМАТОЛОГИЕЙ и обязанным сохранять профессиональную и врачебную тайну).

2. Я даю согласие СТОМАТОЛОГИИ на применение в случае необходимости фото съемки лица/части лица/полости рта, как до, так и после медицинского вмешательства с целью контроля качества медицинских услуг, а также на использование изображения своего лица/части лица в рекламных целях путем размещения на сайте СТОМАТОЛОГИИ, в социальных сетях.

3. Я предоставляю СТОМАТОЛОГИИ право осуществлять все действия (операции) с указанными персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование и передачу (в том числе в страховую медицинскую организацию (в случае оказания медицинских услуг по договору добровольного медицинского страхования), юридическому лицу (ИП)- заказчику медицинских услуг (в случае оплаты медицинских услуг указанным юридическим лицом (ИП), а также обезличивание, блокирование, уничтожение указанных персональных данных.

4. Я разрешаю СТОМАТОЛОГИИ 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. Я выражаю свое согласие на обработку персональных данных посредством видеонаблюдения (в том числе в лечебных кабинетах) в целях обеспечения безопасности оказания медицинских услуг и контроля качества медицинской деятельности.

5. Я разрешаю СТОМАТОЛОГИИ обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору оказания платных медицинских услуг; договорам со страховыми медицинскими организациями (ДМС), осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с третьими лицами (в случае оплаты ими медицинских услуг) во исполнение своих обязательств с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) и врачебную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов

6.Для отправки выписок, консультаций, исследований, а также ответов на обращения и запросы (налоговый вычет и др.) предоставляю адрес своей электронной почты:

Для направления указанных документов по моему адресу электронной почты отдельного заявления не требуется.

7.Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом, передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации, иных случаев доступа к информации третьими лицами и неполучение отправленных сообщений СТОМАТОЛОГИЯ ответственности не несет.
При отсутствии адреса электронной почты прошу всю переписку осуществлять через Почту России.

8.Я даю свое согласие СТОМАТОЛОГИИ осуществлять отправку смс-сообщений на указанный мной номер телефона (+7-_____-_____-_____-_____), либо с использованием мессенджеров (никнейм _____) в целях поддержания связи со мной, информирования об оказываемых услугах, в том числе о подтверждении (отмене или изменении) даты и времени записи на приём к врачу, о готовности результатов исследований, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках и доставки любой другой информации.

9.Подтверждаю свое согласие со всеми пунктами настоящего документа_____
При несогласии с каким-либо пунктом указать «Кроме пункта № ___»

10. ДАЮ/ НЕ ДАЮ (*нужное подчеркнуть или обвести*) **согласие на передачу своих данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения**

11. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие полностью или в части посредством составления соответствующего письменного заявления.

		_____ г
(Подпись Законного представителя)	*(Ф.И.О. полностью)*	*(Дата)*
		_____ г
(Подпись сотрудника Стоматологии)		*(Дата)*

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____,_____ г. являюсь законным представителем ребенка _____, подтверждаю, что на основании «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я:

1) уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медуслугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, а также о необходимости соблюдения правил поведения пациента в медицинской организации;
2) ознакомился с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
3) уведомлен(а) о том, что Исполнитель не является участником Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обязательного медицинского страхования (ОМС), а так же о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ г. Пациент/Законный представитель _____ (_____)