



ООО «Стоматология Улыбка Тари»
ИНН 2462039077 КПП 246101001 ОГРН 1062462027308
660094, Красноярский край, г. Красноярск, ул. ак. Павлова, д.44, пом.88

Утверждаю:
Директор
ООО «Стоматология Улыбка Тари»



Согласие на обработку персональных данных,

разрешенных субъектом персональных данных для распространения

Я, {ФамилияИмяОтчество}, проживающий(ая) по адресу {Адрес}, основным документ, удостоверяющий личность {Паспорт} (далее – Субъект ПД), в соответствии с пунктом 3 статьи 3, статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", приказом РКН № 18 от 24.02.2021 г.),

даю свое согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «Стоматология Улыбка Тари»** (ООО «Стоматология Улыбка Тари», ИНН-2462039077, КПП-246101001, ОГРН-1062462027308) (далее - Оператор) на совершение действий, а именно на **обработку и распространение (передачу, предоставление)** своих персональных данных:

- посредством информационных ресурсов Оператора, а именно сайта [www. https://24smile.ru](https://24smile.ru), где будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта ПД, с целью рекламирования и продвижения услуг Оператора в сети интернет и средствах массовой информации.

- посредством информационных ресурсов Оператора, а именно Медицинская Информационная Система (МИС) – IDENT (закрытое, защищенное внутриклиническое использование) и внесением ПД в списки (реестры), отчетные формы (документы), с целью установления медицинского диагноза, оказания качественных и безопасных медицинских услуг, оценки качества медицинской помощи, информирования о визитах на прием, рекламных акциях, спецпредложениях, внеплановых назначениях на прием, информирования об изменении работы врача и лечебного учреждения, уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков, СМС, интернет-мессенджеров.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество (при наличии); год, месяц, дата рождения; пол; адрес места регистрации; адрес места жительства; контактные телефоны; адрес электронной почты; реквизиты паспорта, свидетельства о рождении; полис ДМС (при наличии); СНИЛС; гражданство; данные о состоянии своего здоровья; фото-видеозаписи; фото протокол (фотографии ротовой полости посредством интраоральной камеры и фотокамеры клиники); рентгеновские снимки.

Категории и перечень персональных данных, для обработки которых устанавливаются условия и запреты: Цветное цифровое фотографическое изображение лица - установлено ограничение/запрет на копирование личных фотографий и иных персональных данных.

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных: в процессе оказания медицинской помощи даю право Оператору передавать

персональные данные, фотографии, аудио- и видеoinформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, любому штатному сотруднику Оператора и третьим лицам в интересах своего обследования и лечения, оценки качества медицинской помощи при условии сохранения сотрудниками и третьими лицами врачебной тайны и персональных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящий документ хранится в моей медицинской документации.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано мною путем подачи письменного заявления лично или по почте - заказным письмом.

√ _____ /{ФамилияИмяОтчество}/
(подпись / Ф.И.О)

« _____ » _____ 20__ г

СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я, {ФамилияИмяОтчество}, проживающий(ая) по адресу {Адрес}, основной документ, удостоверяющий личность {Паспорт}, в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ»,

даю / не даю (отметка о даче согласия или его отсутствия - подчеркнуть) **согласие** ООО «Стоматология Улыбка Тари», ИНН-2462039077, КПП-246101001, ОГРН-1062462027308, **на передачу следующих моих персональных данных в ЕГИСЗ** (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения):

фамилия, имя, отчество; пол; год, месяц, дата рождения; адрес места регистрации, адрес места жительства; паспортные данные, свидетельства о рождении; СНИЛС; гражданство; контактный телефон; реквизиты полиса ДМС; сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о состоянии здоровья; рентгеновские снимки; сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи); сведения об оказанной медицинской помощи; документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению; иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством.

Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

√ _____ /{ФамилияИмяОтчество}/
(подпись / Ф.И.О)

« _____ » _____ 20__ г