SMILE SPA

СОГЛАСИЕ на обработку персональных
(в том числе специальных) данных пациента

Я, _____

(Ф. И. О. полностью),

паспорт серия _____ , номер _____, выдан _____
проживающий(ая) по адресу:
_____ в
соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «СмайлСпа» (далее – Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): г. Тула ул. Лейтейзена д.78 и представителям Оператора на обработку моих персональных данных

_____

(ФИО полностью)

включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, фотоснимки, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему ребенку) медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе 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), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара, 5 лет – для поликлиники или частной медицинской организации).

Срок действия настоящего согласия – бессрочно с момента подписания. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Контактный телефон: _____
Адрес электронной почты:_____
Почтовый адрес: _____

_____ _____
(ФИО субъекта персональных данных) (подпись)

Дата «____» _____ 2026 г.