

Приложение 4

к договору об оказании

платных медицинских услуг

СОГЛАСИЕ

пациента (его представителя) ООО «ЭСКА-ДЕНТ» на обработку его персональных данных

Я,

---

Адрес:

---

основной документ, удостоверяющий личность:

---

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие ООО «ЭСКА-ДЕНТ» (адрес местонахождения: 119334, Москва, Вавилова дом 6, 1-й этаж): моих персональных данных, на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; данные о месте рождения; данные о половой принадлежности; данные о росте, массе и температуре тела; данные о гражданстве; данные о семейном положении; данные о родственных связях; адрес места жительства; адрес места пребывания; дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты документа, подтверждающего право на пребывание в РФ; номер контактного телефона, факса; контактный адрес электронной почты; контактный адрес учетной записи служб мгновенных сообщений и IP-телефонии (Skype); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС); номер карты пациента; информация о состоянии здоровья; данные об инвалидности; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования; реквизиты полиса добровольного медицинского страхования; реквизиты договора на оказание медицинских услуг; сведения о факте и о размере оплаты медицинских услуг; сведения о периоде медицинского обслуживания в ООО «ЭСКА-ДЕНТ»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от ООО «ЭСКА-ДЕНТ»; сведения о группе крови и резус принадлежности; сведения о режиме и особенностях питания (диеты); информация о результатах патолого-анатомической экспертизы; сведения о наличии беременности; дата и время смерти; сведения о причине смерти; реквизиты медицинского (врачебного) свидетельства о смерти; наименование морга; сведения о донорстве ооцитов; сведения о донорстве спермы; сведения о донации эмбрионов; реквизиты листка

нетрудоспособности; наименование должности; наименование структурного подразделения; наименование текущего места трудоустройства; фото-, видео- и аудиоинформация о проведенных оперативных и диагностических мероприятиях; иные сведения, отраженные в медицинской документации и записях, предусмотренных Письмом Минздравсоцразвития России от 30.11.2009 № 14-6/242888; идентификатор (ID-карты); фотографическое изображение лица; запись видеоизображения субъекта; время и дата посещения помещений, зданий и территории, с целью: организации и осуществления комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление моего здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, обеспечения моей личной безопасности, а также для обеспечения сохранности материальных и иных ценностей, находящихся в ведении ООО «ЭСКА-ДЕНТ» организации и осуществления в ООО «ЭСКА-ДЕНТ» внутреннего контроля качества оказываемой мне медицинской помощи;

на передачу, включая трансграничную передачу, моих нижеперечисленных персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации третьим лицам, с которыми ООО «ЭСКА-ДЕНТ» осуществляет взаимодействие на основании соответствующих договоров (соглашений): фамилия, имя, отчество; дата рождения; данные о месте рождения; данные о половой принадлежности; данные о гражданстве; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты документа, подтверждающего право на пребывание в РФ; номер карты пациента; информация о состоянии здоровья; реквизиты полиса добровольного медицинского страхования; реквизиты договора на оказание медицинских услуг; сведения о факте и о размере оплаты медицинских услуг; сведения о периоде медицинского обслуживания в ООО «ЭСКА-ДЕНТ»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от ООО «ЭСКА-ДЕНТ»; наименование должности; наименование структурного подразделения; наименование текущего места трудоустройства; фото-, видео- и аудиоинформация о проведенных оперативных и диагностических мероприятиях; иные сведения, отраженные в медицинской документации и записях, предусмотренных Письмом Минздравсоцразвития России от 30.11.2009 № 14-6/242888, в нижеперечисленных целях и в составе, необходимом для их достижения:

- осуществления взаиморасчетов по оказанным мне медицинским услугам между ООО «ЭСКА-ДЕНТ» компаниями, с которыми существуют соответствующие договорные отношения, осуществления ООО «ЭСКА-ДЕНТ» долгосрочного хранения документов на материальных носителях информации (амбулаторных карт пациентов).
- организации и осуществления комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление моего здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию,
- организации и осуществления в ООО «ЭСКА-ДЕНТ» внутреннего контроля качества оказываемой мне медицинской помощи.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием ООО «ЭСКА-ДЕНТ» мне или лицу, которого я представляю, медицинских

