

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «КОЛИБРИ ДУО»

ОГРН 1245400028940 ИНН 7707431090 КПП 770701001

127006, г. Москва, Краснопролетарская ул., д. 7
тел. +7 (495) 656-53-56, e-mail: duo@colibridental.ru

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента

Я, нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу _____

Документ, удостоверяющий личность Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

(кем выдан)

(код подразделения)

являюсь законным представителем субъекта персональных данных _____

(Ф.И.О. ребенка полностью)

дата рождения _____ свидетельство о рождении / паспорт _____

проживающего по адресу _____

в соответствии с требованиями ст. ст. 23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях оказания мне платных медицинских услуг и ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «КОЛИБРИ ДУО»**, расположенным по адресу: 127006, г. Москва, Краснопролетарская ул., д. 7, (далее по тексту – Оператор ПДн или Медицинская организация), моих персональных данных и моего несовершеннолетнего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные (номер, дата и выдавший орган), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и ДМС (при наличии), СНИЛС, социальное и семейное положение, сведения о наличии льгот, данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические данные — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. Обработка персональных данных осуществляется Оператором ПДн, оказывающим медицинские услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-020223 от 07.08.2023 года, являющегося лицом, обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором ПДн медицинских услуг я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с персональными данными несовершеннолетнего ребенка и даю согласие:

- на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего ребенка смешанным способом (совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых), посредством внесения их в локальную электронную базу данных Оператора ПДн и на бумажных носителях;
- во исполнение обязательств Оператора ПДн по договорам оказания платных медицинских услуг в рамках полисов ДМС, обмен (прием и передача) персональных данных несовершеннолетнего ребенка со страховой медицинской организацией осуществляющей добровольное медицинское страхование несовершеннолетнего ребенка, с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;
- передачу персональных данных несовершеннолетнего ребенка, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора ПДн, в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего ребенка, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных носителей, а также по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора ПДн, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- передачу персональных данных несовершеннолетнего ребенка, в том числе, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну в адрес организаций, проводящих лабораторные, гистологические и иные виды исследований, в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего ребенка, в том числе, с возможностью передачи как с использованием бумажных носителей, так и по защищенным каналам связи, при условии, что данные организации и учреждения являются лицами, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- передачу данных несовершеннолетнего ребенка в ЕГИСЗ, в том числе ФИО, дата рождения, пол, адрес проживания и контактные данные, сведения о медуслугах, которые были предоставлены: история посещения врачей, назначенные процедуры и лекарственные препараты, результаты обследований и анализов, информация о процедурах и операциях, которые проводились;
- проведение открытой и скрытой видеосъемка с видео- и аудиозаписью в помещениях Оператора ПДн в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при оказании медицинских услуг, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. Оператор ПДн гарантирует, что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории Оператора ПДн не подлежат разглашению, размещению, использованию и передаче третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории Оператора ПДн на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа/

Я даю согласие Медицинской организации на фото- и видеосъемки (фото- и видеопотоколирование) несовершеннолетнего ребенка как пациента в до и постеманипуляционный период, в том числе для фиксации сложных клинических случаев и протоколирования медицинских вмешательств, для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса проводимого лечения, наблюдения реакции на медицинское

вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях. Я согласен, что отказ от проведения фото- и видеопотоколирования снимает ответственность с Медицинской организации за эстетический результат предоставленных услуг и подтверждаю, что я не имею претензий к эстетической составляющей предоставленных мне услуг в связи с отсутствием визуального подтверждения динамики проводимого лечения. Я согласен, что Медицинская организация самостоятельно определяет сюжет, объем, ракурсы фото- и видеосъемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. Я согласен, что Медицинская организация самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, продолжительность их использования и способы их редактирования. Я согласен, что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться Медицинской организацией, как Оператором ПДн для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует моего письменного согласия на обработку биометрических данных.

Я даю согласие на использование и обнародование изображений моего несовершеннолетнего ребенка (в том числе фотоснимков полости рта и лица) в публикуемых Медицинской организацией научно-медицинских исследованиях, в докладах, выступлениях, печатных изданиях, материалах для обучения и повышения квалификации медицинских работников, а также в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых в помещениях Медицинской организации и в сети «Интернет» (включая сайт Медицинской организации и страницы в соцсетях). Медицинская организация вправе раскрывать относящуюся к несовершеннолетнему ребенку врачебную тайну в части факта обращения в медицинскую организацию, диагноза, предоставленных медицинских услуг неопределенному кругу лиц – но только в целях, указанных в настоящем Соглашении, и способами, исключающими нарушение прав несовершеннолетнего ребенка. Медицинская организация вправе обнародовать и в дальнейшем использовать фото- и видеоизображения (в том числе полости рта и лица) несовершеннолетнего ребенка целиком и фрагментами: воспроизводить, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения, а также без моего согласия и без выплаты мне вознаграждения передавать права на изображения несовершеннолетнего ребенка третьим лицам. Настоящее Соглашение действует на территории всего мира (включая Российскую Федерацию) в течение неопределенного срока – до момента его отзыва в порядке, установленном настоящим Соглашением.

Я согласен, что срок хранения моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты амбулаторного больного) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с «Положением о защите персональных данных пациентов **ООО «КОЛИБРИ ДУО»**».

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 202 ____ года и действует бессрочно.

Я понимаю, что Соглашение на обработку персональных данных может быть отозвано мной по письменному заявлению в адрес Оператора ПДн.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 ст. 6, части 2 ст. 10 и части 2 ст. 11 ФЗ №152 от 27.07.2006 г.

Подпись законного представителя

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)