

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(в соответствии со статьями 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и
статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации»)

г. Москва

Редакция от 4 сентября 2026 года

Настоящим я, субъект персональных данных (далее — «Пациент»):

Фамилия, Имя, Отчество: _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Телефон, адрес электронной почты: _____

Документ, удостоверяющий личность (вид, серия, номер, кем и когда выдан):

свободно, своей волей и в своём интересе даю согласие оператору персональных данных:

Оператор: Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТАЛ ПОРТ» (ООО «ДЕНТАЛ ПОРТ»)

ОГРН: 1257700446080, ИНН: 9721257880

Адрес места нахождения: г. Москва, улица Генерала Кузнецова, дом 12

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: Л041-01137-77/05314174, бессрочная, выдана
Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения

Контактный телефон: +7 (916) 912-30-81

Контактный e-mail: info@dentalport-stom.ru

на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, на
условиях, изложенных ниже.

1. Цели обработки персональных данных

1.1. Обработка персональных данных осуществляется Оператором в следующих целях:

- оказание медицинской помощи, включая проведение обследования, постановку диагноза, составление плана лечения и его выполнение;
- заключение и исполнение договора на оказание платных медицинских услуг, ведение расчётов, выставление и оплата счетов;
- ведение медицинской документации, в том числе медицинской карты стоматологического пациента, в бумажном и электронном виде;
- запись на приём, подтверждение и перенос визитов, информирование о готовности ортопедических и ортодонтических конструкций, снимков и результатов исследований;
- подготовка справок и документов для получения социального налогового вычета на лечение;

— исполнение обязанностей, возложенных на Оператора законодательством о здравоохранении, бухгалтерском и налоговом учёте, в том числе передача сведений в информационные системы в сфере здравоохранения.

1.2. Обработка данных в целях рекламных и информационных рассылок настоящим Соглашением не охватывается и осуществляется на основании отдельного согласия.

2. Перечень персональных данных

2.1. Оператор обрабатывает следующие персональные данные Пациента: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации и фактического проживания; номер телефона; адрес электронной почты; сведения о полисе обязательного или добровольного медицинского страхования; страховой номер индивидуального лицевого счёта.

2.2. Оператор обрабатывает специальные категории персональных данных, касающиеся состояния здоровья Пациента: сведения об обращениях за медицинской помощью, результаты осмотров и обследований, диагнозы, планы лечения, сведения о проведённых манипуляциях, рентгенологические снимки и компьютерные томограммы, сведения об аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов и сопутствующих заболеваниях, а также иные сведения, составляющие врачебную тайну.

2.3. Обработка специальных категорий персональных данных осуществляется на основании подпункта 4 пункта 2 статьи 10 Федерального закона № 152-ФЗ — в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

3. Перечень действий с персональными данными

3.1. Пациент даёт согласие на совершение следующих действий: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение персональных данных.

3.2. Обработка осуществляется как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

3.3. Оператор вправе поручить обработку персональных данных третьим лицам в объёме, необходимом для достижения целей, указанных в разделе 1, при условии соблюдения ими требований конфиденциальности и безопасности: зуботехнической лаборатории — в части, необходимой для изготовления ортопедических и ортодонтических конструкций; медицинской организации, проводящей лучевую диагностику; страховой и кредитной организации — при оформлении рассрочки или страхового случая; оператору связи и информационной системы, обеспечивающим отправку служебных сообщений о записи.

3.4. Трансграничная передача персональных данных не осуществляется.

4. Срок действия согласия и порядок отзыва

4.1. Настоящее Соглашение действует с момента его подписания в течение всего срока оказания медицинской помощи и в течение срока хранения медицинской документации, установленного законодательством Российской Федерации.

4.2. Согласие может быть отозвано Пациентом в любой момент путём подачи письменного заявления в клинику по адресу: г. Москва, улица Генерала Кузнецова, дом 12, либо направления заявления на адрес электронной почты: info@dentalport-stom.ru.

4.3. Пациент уведомлён, что отзыв согласия влечёт невозможность дальнейшего оказания медицинской помощи Оператором, а также что после отзыва Оператор продолжает обработку персональных данных в объёме и в течение срока, которые предусмотрены законодательством для хранения медицинской документации и первичных учётных документов.

5. Права пациента

5.1. Пациент подтверждает, что ознакомлен с правами субъекта персональных данных, предусмотренными главой 3 Федерального закона № 152-ФЗ, в том числе с правом на получение сведений об обработке своих персональных данных, правом требовать их уточнения, блокирования или уничтожения, а также с правом обжаловать действия Оператора в уполномоченном органе по защите прав субъектов персональных данных и в судебном порядке.

5.2. Актуальная редакция Политики в отношении обработки персональных данных размещена на официальном сайте Оператора по адресу: <https://dentalport-stom.ru/privacy-policy.html>

Пациент (законный представитель):

ФИО: _____

Подпись: _____ / _____ /

Дата: «____» _____ 20____ г.

Заполняется, если согласие даёт законный представитель несовершеннолетнего:

ФИО несовершеннолетнего пациента: _____

Степень родства или основание представительства: _____