**Заявление**

 об отказе от предоставления персональных данных пациента

*г. Южно-Сахалинск \_\_\_ / \_\_\_ / 2023г.*

Руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим заявлением выражаю свой отказ от предоставления Обществу с ограниченной ответственностью «Дентал-Косметик» (далее Клиника)своих персональных данных в части фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, паспортных данных, информации о месте жительства (пребывания), месте работы и иной информации о себе.

В соответствии с п.11.1 приложения № 2 к Приказу МЗ РФ № 834н медицинская карта заполняется на основании сведений, содержащихся в паспорте гражданина. Таким образом, в отсутствии персональных данных *невозможно заполнение и ведение медицинской карты пациента.*

Мне разъяснено, и я согласен (-на) с тем, что:

 - Вся информация обо мне, в том числе медицинского характера (медицинская карта амбулаторного больного, результаты обследований, анализов), будет аннулирована и изъята из МИС «Dental 4 Windows»;

 - Клиника не будет иметь возможности предоставлять мне официальные документы, имеющие юридическую силу, в которых в обязательном порядке должны быть указаны персональные данные лица, в отношении которого выдаются соответствующие документы, а именно: медицинские справки, выписки из истории болезни, копии заключений врача, копии результатов анализов и инструментальных методов исследований.

**- В день написания данного заявления Договор об оказании платных медицинских услуг автоматически расторгается, если отсутствуют задолженности пациента.**

- При наличии задолженностей я обязуюсь в течение 24 часов закрыть все долговые финансовые обязательства перед Клиникой, после чего обработка моих персональных данных будет прекращена.

Я даю своё согласие Клинике на автоматизированное, а также без использования средств автоматизации, обезличивание, блокирование, уничтожение указанных персональных данных.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / дата*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / подпись*