

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я нижеподписавший(ая)ся, _____,

(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

дата и наименование выдавшего органа

код подразделения _____, дата рождения _____,

адрес регистрации _____

адрес места регистрации –наименование населенного пункта (т.е. область, район, город, село), улица, дом, квартира.

Адрес фактического проживания _____,

Место работы _____, должность _____,

Семейный статус _____, наличие детей (количество) _____,

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Стоматологическая клиника «Элиз-Дент» (далее - Оператор) моих персональных данных.

Под персональными данными подразумевается любая информация, имеющая ко мне отношение как к субъекту персональных данных, в том числе его фамилию, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес проживания, семейный статус, место работы, должность, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования, лечения и информирования.

Я представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональным данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящим я даю свое согласие на предоставление мне информации об услугах Оператора, действующих акциях и скидках, в том числе информации рекламного характера, посредством СМС –рассылки, телефонной и почтовой связи на номер телефона и почтовый адрес, указанный мной в настоящем Согласии.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Информация, составляющая врачебную тайну, в том числе о факте моего обращения в Клинику, состоянии моего здоровья и диагнозе, сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также мои персональные данные могут быть представлены следующим лицам: _____

фамилия, имя, отчество и кем приходится

Передача информации, составляющей врачебную тайну, и моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Мой контактный телефон _____,

Подпись субъекта персональных данных: _____ / _____ /

подпись

расшифровка подписи, т.е. фамилия, имя, отчество