

СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

Я, нижеподписавшийся фамилия, имя, отчество: Иванов Иван Иванович

проживающий по адресу

(месту регистрации), паспорт: 0000 000000 дата выдачи название выдавшего органа

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, признанных недееспособными:

Законный представитель(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

документ удостоверяющий личность : _____

лица, признанного недееспособным : _____

ФИО недееспособного гражданина (полностью), год рождения

, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю своё согласие на обработку ООО "Стоматологическая студия"(далее-Исполнитель) которое находится по адресу 150014, г. Ярославль, ул. Рыбинская, д. 41 в лице любого его штатного сотрудника моих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", с содержанием которого я ранее ознакомлен, включающих: фамилию, имя, отчество, паспортные данные, пол, дату рождения, национальность, рассовую принадлежность, адрес места жительства(регистрации), контактный(е) телефон(ы), адреса электронной почты, данные о состоянии моего здоровья и иные персональные даннеа, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, 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.

Обработка персональных данных осуществляется для заключения договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, фотографии, аудио- и видеинформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя и третьим лицам, в интересах моего обследования и лечения при условии сохранения третьими лицами врачебной тайны и персональных данных. Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе использовать мои персональные данные с использованием машинных 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. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет =пять лет=.

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

Настоящее согласие подписано мной и действует с « _____ » 20 ____ г. бессрочно.

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

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

Контактный(е)телефон(ы) моб.: 7*0000000000

дом.:

Подпись субъекта персональных данных