

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я,

нижеподписавшийся

ФИО полностью
проживающий по адресу

адрес проживания (регистрации)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО "Империя красоты" моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные (или иного документа удостоверяющего личность), контактные телефоны, данные о состоянии моего здоровья, 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, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В процессе оказания ООО "Империя красоты" мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО "Империя красоты", в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ООО "Империя красоты" право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО "Империя красоты" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, а также передачу моих персональных данных при онлайн-записи на сайте оператора babog-novosibirsk.ru для фиксации информации о моем визите на прием в информационных системах оператора.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата оформления)

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО "Империя красоты", по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО "Империя красоты". В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО "Империя красоты" обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Потребитель _____ (дает/не дает) согласие на получение рекламных и новостных сообщений о продуктах, услугах и деятельности Клиники путем распространения информации по сетям электросвязи, в том числе посредством рассылки писем на адрес электронной почты и смс сообщений на телефонный номер, указанные Потребителем в разделе 6 Договора.

Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____ V

ОБРАЗЕЦ
Согласие на обработку персональных данных
Законного представителя пациента

Я, нижеподписавшийся _____, являясь законным представителем _____ г. рождения, проживающий _____ по адресу: _____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Империя красоты» персональных данных моих и моего несовершеннолетнего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные (или иного документа удостоверяющего личность), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья моего ребенка, его 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, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В процессе оказания ООО «Империя красоты» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «Империя красоты», в интересах его обследования и лечения. Предоставляю ООО «Империя красоты» право осуществлять все действия (операции) с моими и его персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), удаление, уничтожение. ООО "Империя красоты" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, а также передачу моих персональных данных при онлайн-записи на сайте оператора babor-novosibirsk.ru для фиксации информации о моем визите на прием в информационных системах оператора.

Мне известно, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата оформления)

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Империя красоты», по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «Империя красоты». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО «Империя красоты» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ **и почтовый адрес** _____

—

_____ г.

_____/_____
Подпись