

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
дата рождения _____ г., документ, удостоверяющий личность: _____, серия _____ № _____
выдан _____ г., _____ зарегистрированный (ая) _____ по _____ адресу: _____

(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):
являясь _____ законным _____ представителем _____ несовершеннолетнего/недееспособного _____ лица

(ФИО несовершеннолетнего/ недееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «ЮГОРИЯ-ДЕНТ» (ИНН 8905055057, ОГРН 1138905001542, КПП 890501001)**, юридический адрес: ЯНАО, г. Муравленко, ул. Ленина, д. 79, кв.18 (далее - «Исполнитель»), в лице Директора Половникова Андрея Алексеевича, действующего на основании Устава, моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, адрес электронной почты, данные о состоянии моего/ представляемого мною лица здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в следующих целях:

1) в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза, в целях оказания медицинских услуг по договору на оказание платных медицинских услуг;
Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

В процессе оказания Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской услуги, я предоставляю право Исполнителю, передавать мои/представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего/представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Наименование или фамилия, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу _____.

(указать полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество и адрес физического лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, которому будет поручена обработка (при наличии)).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

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

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

Настоящее согласие дано мной _____ 20 ____ г. и действует до достижения целей обработки либо до отзыва согласия. Я оставляю за собой право отозвать данное 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 услуги.

« ____ » _____ 202 ____ г.

/ _____ / _____
(подпись) (ФИО пациента/Заказчика)