



Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
(Фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу (по месту регистрации) _____,

паспорт _____ № _____ выдан _____

_____ « _____ » _____ г.,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Стоматологический центр Готье» моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес, места жительства, контактный(-е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Согласие на получение информации по каналам связи:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Я хочу получать информацию об услугах ООО «Стоматологический центр Готье» в виде смс-сообщений на указанный ниже номер сотового телефона | <input type="checkbox"/> Я не хочу получать информацию об услугах ООО «Стоматологический центр Готье» в виде смс-сообщений на указанный ниже номер сотового телефона |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Меня интересует следующая информация:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Напоминание о визите в клинику | <input type="checkbox"/> Скидки |
| <input type="checkbox"/> Напоминание о профилактических процедурах | <input type="checkbox"/> Любая возможная информация |

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.

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 течение периода времени, необходимого для завершения взаимозачетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я предупрежден об ответственности в случае предоставления неверных персональных данных и подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны и что указанный ниже номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи.

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

Контактный (-е) телефон(ы) _____ Адрес эл.почты _____

Подпись субъекта персональных данных _____