

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента / Ф.И.О. пациента, не достигшего 14 лет (лица, признанного недееспособным))

и _____,
(Ф.И.О. законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель))

Паспорт (пациента/законного представителя): _____ кем выдан: _____
_____ дата выдачи: _____ г.,

Адрес: _____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ **подтверждаю свое согласие** на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «ПРЕМЬЕРДЕНТАЛ» (далее Клиника) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица

(Ф. И. О.)

включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, электронную почту, реквизиты паспорта (удостоверения личности), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию, в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг по Договору, использовать информацию о моем здоровье для научных и образовательных целей, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Клиники при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Клиникой мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право Клинике передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим сотрудникам Клиники, другим юридическим лицам и физическим лицам, не являющимися сотрудниками Клиники, в интересах моего исследования, лечения и внутреннего учета Клиники.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с персональными данными лиц, достигших 18 лет, и старше - на срок 5 лет и с персональными данными несовершеннолетних, не достигших 18 лет, - на срок 10 лет, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организации - заказчику медицинских услуг в рамках заключенных Договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Клиника вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я ознакомлен(-а) с тем, что Клиника при обработке персональных данных обязана принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Я уведомлен(-а) о том, что я вправе в любое время отозвать своё согласие на обработку персональных данных путём подачи письменного заявления Клинике, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении, либо при получении письменного запроса.

Пациент/ законный представитель:

(Ф.И.О. полностью собственноручно)

(подпись)

Дата: « ___ » _____ 202__ г.