

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ *<ФИО полностью>*
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)
Паспорт серия < _____ > № < _____ > Выдан < _____ >
(кем и когда)

Проживающий(ая) по адресу < _____ >
настоящим даю свое согласие ООО «МАКСТРИТ», 123100, г. Москва, ул. 2-я Черногорязская, д.6, к.2, пом.ХП,
(Далее - Клиника) на обработку Клиникой (включая получение от меня и/или от моих представителей, с
учетом требований действующего законодательства РФ) моих персональных данных, моего ребёнка:

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

(паспортные данные или данные свидетельства о рождении)

Проживающий(ая) _____ по
адресу _____

и подтверждаю, что, давая такое согласие на их обработку, я действую по своей воле и в своих интересах.

При этом согласие дается Клинике на нижеперечисленные действия, где Клиника имеет право хранить и обрабатывать персональные данные, в том числе брать согласие на обработку персональных данных и поручать брать согласие на обработку персональных данных уполномоченному Клиникой лицу.

Согласие дается мною для целей заключения и исполнения между мной и Клиникой договоров, направленных на оказание мне или указанным мною лицам медицинских стоматологических услуг и распространяется на следующую информацию: мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес (в т.ч. регистрация), семейное положение, профессия, контактный номер(а) телефона, действующий адрес электронной почты и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Клинике (далее - «Персональные данные») предусмотренная законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных».

Настоящее согласие дается на срок действия заключенного со мной Договора (Договоров) на оказание возмездных медицинских стоматологических услуг, и действует до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости их достижения, если иное не предусмотрено федеральными законами.

Отзыв согласия может быть произведен в письменной форме не ранее даты прекращения Договора (Договоров) или даты исполнения обязательств в соответствии с Договором (Договорами). При этом Клиника хранит персональные данные в течение срока хранения документов, установленного действующим законодательством РФ, а в случаях, предусмотренных законодательством, передает уполномоченным на то нормативно-правовыми актами органам государственной власти.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) лицам, указанным в настоящем согласии, обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу Персональных данных с использованием существующих информационных технологий, а также осуществление любых иных действий с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства РФ.

Обработка Персональных данных осуществляется Клиникой с применением следующих основных способов: хранение, запись на электронные и бумажные носители и их хранение, составление перечней, маркировка.

Персональные данные могут быть использованы Клиникой только в целях предоставления медицинских услуг, в соответствии с законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных».

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей уполномоченному Клиникой лицу, а также третьим лицам, привлеченным к оказанию услуг в моих интересах, передачи Клиникой принадлежащих ей функций и полномочий иному лицу, Клиника вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий информацию обо мне лично (включая мои Персональные данные) таким третьим лицам, и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие

такую информацию. Персональные данные передаются, в том числе с целью проведение необходимых медицинских процедур и получения медицинских услуг (в том числе диагностических, лабораторных и зуботехнических) в сторонних организациях.

Также настоящим признаю и подтверждаю, что настоящее согласие считается данным мною третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и такие третьи лица имеют право на обработку Персональных данных на основании настоящего согласия при условии соблюдения требований законодательства РФ.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных федеральными законами случаях обязательного предоставления Пациентом своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие Пациента в каждом отдельном случае.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною как субъектом персональных данных путем письменного заявления об отзыве согласия.

Ф.И.О. полностью _____

Подпись: _____