

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

дата рождения _____ г., документ, подтверждающий 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 «Лазер Клиник» (ИНН: 2310174794, ОГРН: 1132310011382 (далее - «Исполнитель»), моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации, адрес проживания, телефон, адрес электронной почты, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность); данные свидетельства о рождении; рост, вес; фото- видеозапись; файлы «Cookies» посетителей сайта, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, результатах анализов; анамнезе; случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенному и проведенном лечении, данных рекомендациях - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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).

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 бессрочно.

Я представляю Оператору согласие осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона о дате и времени записи на прием к врачу, одноразового пароля для входа в Личный кабинет и иных сообщений организационно информационного характера. Срок обработки персональных данных ограничивается достижением заявленной цели. 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.

Настоящим даю согласие (отметить галочкой либо крестиком) в соответствии с п. 1 статьи 18 ФЗ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона в целях поддержания связи со мной, информирования об оказываемых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, в том числе с использованием мессенджеров. Я подтверждаю, что мне разъяснено, что я в любое время могу отзоваться данное согласие на основании личного письменного заявления.

«_____» _____ 202____г. / _____ /

(подпись)

(ФИО пациента/законного представителя)