

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, ✓

(Ф.И.О. полностью, паспортные данные)

даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие ООО «КЭС «Галадент (450098, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Российская, д. 94 корп. 2.) (далее - Клиника) на обработку моих персональных данных, в том числе данных о здоровье, биометрических данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата рождения, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, номер телефона, адрес электронной почты, данные о моём здоровье, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические данные, для целей заключения договора на оказание платных медицинских услуг и его дальнейшего исполнения, оказания мне медицинской помощи; в медико-профилактических целях; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Я предоставляю Клинике право производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право работникам Клиники передавать мои персональные данные, в том числе данные о моем здоровье, страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты. Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» Клиника имеет право продолжить обработку моих персональных данных в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия, если предусмотренные законодательством РФ сроки хранения документов на момент отзыва не истекли.

Я уведомлена о том, что обработка данных о здоровье, биометрических данных (фотография, видеоизображение, голос) в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг Клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

Подпись субъекта персональных данных ✓ _____

Подпись, Ф.И.О. представителя Клиники: _____

Дата составления согласий ✓ _____