Согласие на обработку персональных данных

г. Красноярск

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина) _____ г. рождения, паспорт выдан
Зарегистрированный по адресу (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью «Социальная стоматология», расположенному по адресу: 660059, г. Красноярск, ул.Шелковая, д. 4А (далее-Оператор) моих персональных данных в целях заключения с Оператором договора на оказание платных медицинских услуг, дальнейшего его исполнения, участия в рекламных кампаниях (включая информирование путем sms-сообщений и сообщений на адрес электронной почты) и совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня и других лиц.

Персональные данные, на обработку которых, я даю свое согласие включают следующую информацию: моя фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес, контактные данные, профессия, место работы, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), реквизиты пенсионного удостоверения (свидетельства), сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, методах оказания медицинской помощи и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Оператору. Мои персональные данные могут быть получены Оператором как от меня лично, так и от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Я согласен с тем, что для достижения указанных выше целей Оператор в случае необходимости или кажущейся целесообразности может предоставить мои Персональные данные третьему лицу, в том числе не медицинской организации, а также в случаях привлечения третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях .

Я согласен с тем, что обработка моих персональных данных будет осуществляться в соответствие со страховым законодательством и иным законодательством РФ, в случае оказания мне медицинских услуг по программам обязательного и(или) добровольного страхования.

Я согласен с тем, что Оператор в связи с передачей, принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу имеет право передать таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам в необходимом объеме информацию и(или) документы, содержащие мои Персональные данные.

Я согласен с тем, что обработка моих Персональных данных может осуществляться Оператором и на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ.

Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документации, которой определяется законодательством РФ. Срок хранения амбулаторной карты стоматологического пациента составляет пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора всё равно остаются основания для обработки моих Персональных данных, предусмотренные законодательством РФ.

Подписывая согласие на обработку моих персональных данных, я подтверждаю, что имел(а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

v_____

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

«_____» _____ 20____ года (дата оформления)

