СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим, я

_____,
(ФИО Пациента, и ФИО лица, чьим законным представителем он является)

_____
(документ, удостоверяющий личность Пациента, № серия, дата выдачи и орган выдавший документ)

в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон 152-ФЗ), подтверждаю свое согласие ООО «Студия Улыбок» (далее - Клиника) на обработку моих персональных данных и персональных данных лица, чьим законным представителем я являюсь, в целях обеспечения полноты предоставления мне медицинских услуг.

Перечень сведений, составляющих персональные данные, в отношении которых я даю согласие включает: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения; паспортные данные; данные о состоянии моего здоровья, фотография, видеозаписи, контактная информация, собственноручная подпись, иные персональные данные, указанные в карточке пациента, Договоре с Клиникой и иные данные, предоставленные мной добровольно Клинике в процессе оказания медицинских услуг.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых предоставлено, согласие включает: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Законе 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных действующим законодательством.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Клиникой письменного уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Настоящее подтверждение действует со дня его подписания в течение 5 лет (либо до дня его отзыва субъектом персональных данных в письменной форме).

Я согласен(а) получать информацию по моему запросу на email, WhatsApp и другие каналы информационной связи.

«___» _____202__ г. _____ /_____
подпись ФИО пациента или его представителя