

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных (в том числе специальных, биометрических) данных

Я, _____
(ФИО)
паспорт _____ выдан _____
проживающий(ая) по адресу: _____
контактный телефон _____

в соответствии с требованиями статей 9 и 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ООО «Центр лазерной медицины «Реал Эстетик», ИНН 2311160441, ОГРН 1132311008895, юридический адрес: 350053 г. Краснодар, ул. Пиренейская, д.8 кв.5 (далее – «Оператор») моих персональных (в том числе специальных, биометрических) данных включающих в себя:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные данные (номер абонентского устройства подвижной радиотелефонной связи, адрес электронной почты), паспортные данные, в процессе оказания медицинской помощи, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, а также в целях оказания медицинских услуг, в целях улучшения качества обслуживания потребителей, осуществления контроля за качеством проводимого лечения, обеспечения безопасности пациентов.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные, биометрические), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Обработка персональных данных осуществляется лицом, ответственным за обработку персональных данных, назначенным приказом руководителя Оператора.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Способ обработки персональных данных смешанный: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации при участии и при непосредственном участии человека.

Срок хранения моих персональных данных (срок действия настоящего согласия) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более 25 лет.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого платной услуги.

«___» _____ 202__ года

Потребитель _____ / _____
(подпись)