ООО «Дентал Даймонд»

Приложение №2 к Договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г.

СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ФИО Пациента, ФИО представителя ребенка/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Дентал Даймонд» (далее по тексту – Исполнитель), местонахождение (127473, г. Москва, ул. Самотечная, д.5): в лице любого его штатного сотрудника в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» на обработку моих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных п.3 ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», с содержанием которого я был/а/ ранее ознакомлен.

Обработка персональных данных осуществляется для заключения Договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях Исполнителя по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

Персональные данные включают фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, национальность, расовую принадлежность, адрес регистрации и фактического мета жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты паспорта, полиса ОМС/ДМС, СНИЛС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом.

Субъект персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ФИО, подпись

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.