

Согласие на обработку персональных данных

Я, (нижеподписавшийся) _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Глэдис(далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, Место постоянной или временной регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, иные идентификаторы в соц. сетях или мессенджерах, паспортные данные, СНИЛС, ИНН, фотография или видеозапись, позволяющие меня идентифицировать, сведения о детях, родственниках, семейном положении, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, указанные в настоящем Согласии, в том числе, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные внутренним документооборотом клиники.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной Сочи г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю 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 оплаты, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я также даю согласие на получение:

- напоминания о предстоящей процедуре;
- информации о новых продуктах и услугах;
- информации об акциях и скидках на товары и услуги.

Документ: Паспорт серии _____ № _____ Выдан _____
Дата _____

Подпись субъекта персональных данных _____ (_____)
(Подпись) (ФИО)