

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____,

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Клинический институт эстетической медицины» ОГРН 1097746722787 ИНН 7704738485 (далее «Клиника»), расположенному по адресу: Москва, улица Новый Арбат дом д. 31/12, ком. 1, моих персональных данных, включающих, но не ограничивающихся: фамилия, имя, отчество, дату рождения, контактные телефоны, e-mail, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), страхового номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об образовании, профессии, специальности и квалификации, сведения о семейном положении и составе семьи, номер полиса обязательного медицинского страхования, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, противопоказаниях и другую информацию - в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских помощи и иных медицинских услуг.

В процессе оказания клиникой медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную медицинскую тайну, другим должностным лицам Клиники, в интересах моего обследования и лечения.

Подписанием настоящего Соглашения, я, как субъект персональных данных, своей волей и в своем интересе подтверждаю принятие решения о предоставлении персональных данных Клинике и даю согласие на обработку персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение электронным, рукописным, и устным способами обработки персональных данных в целях исполнения Договора между Клиникой и мной, на весь период его исполнения, а так же в других случаях, установленных законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Мне разъяснено, что отзыв согласия повлечет за собой расторжение договора между мной и Клиникой.

Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) об оказании медицинских услуг.

Клиника имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет (если иной срок прямо не установлен законодательством РФ). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует до достижения целей обработки моих персональных данных.

ФИО _____,

подпись _____

Дата _____