КЛИНИКА ДОКТОРА ЧЕ

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящее согласие составлено в соответствии Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, Федеральным закон ом «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ.

Субъект персональных данных, ФИО,

Паспорт: Паспорт гражданина РФ, серия номер, Кем выдан,

номер сотового телефона +7(900)000-00-00, адрес электронной почты,

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

ООО «КЛИНИКА ДОКТОРА ЧЕ», 630073, Новосибирск, ул. Стартовая, д. 1сектор 13

(далее по тексту - Оператор)

По моему добровольному желанию, настоящим, даю согласие на предоставление и обработку Оператором своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации, адрес фактического места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, семейное положение, сведения о трудовой деятельности, данные о состоянии моего здоровья, диагнозе моего заболевания, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, при условии, что указанные действия в отношении моих персональных данных осуществляются лицом, профессионально занимающимся медицинской и статистической деятельностью и обязанным, в соответствии с законодательством Российской Федерации, сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными другим контролирующим органам 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 и врачебную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные регламентирующими документами и т.д..

Я оставляю за собой право отозвать данное 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 этом случае, Оператор обязан прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласии данные верны и являются действительно моими и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в полном объеме.

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

Согласие на получение информации по каналам связи (нужное отметить):

Настоящее согласие дано мной ___ _____ года, и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____/ ФИО/