

КОПИЯ
ДИРЕКТОР
СЕРГЕЙ АСТАШОВСКИЙ
АНДРЕЕВИЧ

ВЕРНА
ООО «АКЛИНИК»

Подпись

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

01.09.2023 г

Я, нижеподписавшийся (Ф. И. О. полностью, дата рождения) _____

Зарегистрированный по адресу: _____

Проживающий по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____, выдан(дата, кем выдан) _____

в соответствии с требование статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "АКлиник" (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощи,- в медико-профилактических целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельности и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, 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, изменения, 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 документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящие согласие дано мной (дата): _____ 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 взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

До моего сведения доведения информация о ведущемся в здании в целях обеспечения безопасности видеонаблюдении.

Подпись (расшифровка): _____ (_____)