

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

дата рождения _____ г., документ, удостоверяющий личность: _____, серия _____ № _____, выдан _____ г., зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):
являясь _____ законным представителем _____ несовершеннолетнего/недееспособного _____ лица

(ФИО несовершеннолетнего/ недееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ИП ЭРЕДЖЕПОВ СЕЛИМ РАМАЗАНОВИЧ «_____», в лице индивидуального предпринимателя Эреджепова Селима Рамазановича _____, действующего на основании лицензии Л041-01177-91/00829638 от 17.11.2023г. ОГРН: 323911200022736, ИНН: 910215675205, юридический адрес: Республика Крым, г. Симферополь, ул. Глинки д. 66Б, (далее – Исполнитель), моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, данные о состоянии моего/ представляемого мною лица здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в следующих целях:

- 1) в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза, в целях оказания медицинских услуг по договору на оказание платных медицинских услуг;
- 2) проведения рекламных и маркетинговых мероприятий в отношении Пациентов (Заказчиков)
- 3) напоминание о записи на прием посредством сообщений (СМС).

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

В процессе оказания Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской услуги, я предоставляю право Исполнителю, передавать мои/ представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего/ представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе передачу сведений в подсистемы ЕГИСЗ.

Наименование или фамилия, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу _____.

(указать полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество и адрес физического лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, которому будет поручена обработка (при наличии)).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

Срок хранения моих/представляемого мною лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г. и действует до момента отзыва субъектом персональных данных данного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя

по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, либо на электронную почту Оператора _____.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской услуги.

Оператор может продолжить обработку моих персональных данных после отзыва настоящего согласия, только при условии возложенных на оператора требованиями законодательства, обязанностей по хранению соответствующей документации.

«____» _____ 202__ г. / _____ / _____
(подпись) (ФИО пациента/Заказчика)