

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_,

ФИО полностью

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_.

являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

ФИО полностью

\_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения.

в соответствии с требованием статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Анис-Стоматология» (ИНН 5020067877), расположенного по адресу: 141601, МО г. о Клин, г. Клин, проезд Тверской д.10А, помещение 2 (далее - Оператор) персональных данных моих и ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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; контактный телефон, электронный адрес, в целях поддержания связи; осуществления обращений по указанным номерам; отправки СМС-сообщений на указанный мобильный телефон; отправки электронных писем на указанный электронный адрес, в том числе для информирования о поступлении новых товаров и услуг, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, их результатов, для осуществления заочных опросов, с целью изучения мнения о товарах и услугах.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, представляю право, медицинским работникам, передавать персональные данные ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения пациента, а также третьим лицам для проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанных услуг.

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 документами, регламентирующими предоставление отчетных данных с использованием машинных носителей или по канала 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 моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать 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 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года, 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.

Контактный телефон \_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных (Законного представителя)** \_\_\_\_\_