

ОБРАЗЕЦ

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с требованиями ст. 9, ст. 10.1 от 27.07.06г. №152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О. гражданина) _____, являясь пациентом или законным представителем (Ф.И.О. ребенка) _____, подтверждаю свое согласие на обработку персоналом ООО «Стоматология Улыбка Тари» моих (моего ребенка) персональных данных (далее - ПД): фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, СНИЛС, ИНН, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), электронную почту, реквизиты полиса медицинского страхования, сведения о наличии льгот, данные о состоянии здоровья. Я предоставляю персоналу ООО «Стоматология Улыбка Тари» право осуществлять действия с ПД моими (моего ребенка), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу в государственные органы.

Я извещен(а), что ООО «Стоматология Улыбка Тари» вправе обрабатывать мои (моего ребенка) ПД посредством внесения их в списки (реестры), отчетные формы (документы). Я предоставляю ООО «Стоматология Улыбка Тари» право в случае необходимости предоставлять мои (моего ребенка) ПД, а так же информацию о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья, о диагнозе и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, и организовывать за счет «Пациента»/ «Законного представителя» и с его согласия необходимые обследования в других учреждениях (медицинских и диагностических центрах, лабораториях), при невозможности их выполнения своими силами.

Мне подробно разъяснено в доступной для меня форме, что обработка персональных данных проводится ООО «Стоматология Улыбка Тари» в целях оказания медицинских услуг. Обработка персональных данных ООО «Стоматология Улыбка Тари» проводится на бумажных носителях, съемных электронных носителях, а также в своих информационных системах персональных данных.

Я даю информированное добровольное согласие персоналу ООО «Стоматологии Улыбка Тари» на фото, видеосъемку меня и/или моего ребенка в ООО «Стоматологии Улыбка Тари». Я даю добровольное согласие ООО «Стоматологии Улыбка Тари» на размещение, обработку и публикацию моих (моего ребенка) персональных данных (а именно: фамилия, имя, отчество, дата рождения и биометрические персональные данные: цветные фотографические изображения лица, видеоматериалы), на информационных стендах, выставках, сайте клиники, социальных сетях, информационно-справочных сайтах, буклетах и рекламных щитах, в целях формирования доверия у пациентов. Я запрещаю публиковать или иначе распространять иные персональные данные, в том числе сведения о месте проживания, номер телефона, электронная почта и семейное положение.

Я даю информированное добровольное согласие персоналу ООО «Стоматологии Улыбка Тари» согласие на обработку моих биометрических персональных данных (включая

действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым законодательно разрешенным способом.

Целью обработки моих биометрических персональных данных являются: обеспечение контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, обеспечение моей безопасности и сохранности моего имущества, имущества ООО «Стоматологии Улыбка Тари», предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования несчастных случаев, конфликтов в случае их возникновения. Согласие относится к обработке следующих моих биометрических персональных данных: мое изображение (фотография и видеозапись).

Мне подробно разъяснено в доступной для меня форме, что передача ПД «Пациента»/ «Законного представителя» иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия «Пациента»/ «Законного представителя».

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от обработки персональных данных, либо дать свое согласие. Настоящий документ хранится в моей медицинской документации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Данный документ прочитан мною лично, условия ИДС мне разъяснены и понятны. С ИДС полностью и добровольно согласен.

« _____ » _____ 20 ____ г

_____ / √ _____
(Ф.И.О / подпись «Пациента» / «Законного представителя»)