



ООО «Стоматология Улыбка Тари»
 ИНН 2462039077 КПП 246101001 ОГРН 1062462027308
 660094, Красноярский край, г. Красноярск, ул. ак. Павлова, д.44, пом.88

Утверждаю:
 Директор
 ООО «Стоматология Улыбка Тари»
 «10» Июня 2019 г.



Согласие на обработку персональных данных

Я, {**ФамилияИмяОтчество**}, проживающий(ая) по адресу {**Адрес**}, основной документ, удостоверяющий личность {**Паспорт**} (далее – Субъект ПД), на основании ч. 6 ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных"),

даю свое согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «Стоматология Улыбка Тари»** (ООО «Стоматология Улыбка Тари», ИНН-2462039077, КПП-246101001, ОГРН-1062462027308) (далее - Оператор) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а именно на предоставление и обработку персональных данных работникам ООО «Стоматология Улыбка Тари».

Обработка персональных данных осуществляется посредством информационных ресурсов Оператора, а именно Медицинская Информационная Система (МИС) – IDENT (закрытое, защищенное внутриклиническое использование) и внесением ПД в списки (реестры), отчетные формы (документы), с **целью** установления медицинского диагноза, оказания качественных и безопасных медицинских услуг, оценки качества медицинской помощи, информирования о визитах на прием, рекламных акциях, спецпредложениях, внеплановых назначениях на прием, информирования об изменении работы врача и лечебного учреждения, уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков, СМС, интернет-мессенджеров.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество (при наличии); год, месяц, дата рождения; пол; адрес места регистрации, адрес места жительства; контактные телефоны; адрес электронной почты; реквизиты паспорта, свидетельства о рождении; полис ДМС (при наличии); СНИЛС; гражданство; данные о состоянии своего здоровья; фото-видеозаписи; фото, протокол (фотографии ротовой полости посредством интраоральной камеры и фотокамеры клиники); рентгеновские снимки.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящий документ хранится в моей медицинской документации.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано мною путем подачи письменного заявления лично или по почте - заказным письмом.

√ _____ /{**ФамилияИмяОтчество**}/ _____ « ____ » _____ 20 ____ г.
 (подпись / Ф.И.О)