

СОГЛАСИЕ
пациента (субъекта персональных данных)
на обработку его персональных данных

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Улыбка в порядке», юридический адрес (адрес осуществления медицинской деятельности): 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Турку, д. 11, корп. 2, лит. А, пом. 1-Н, ИНН: 7816704653 (далее – Оператор), моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации/места жительства, номер и серию документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных), контактный(е) телефон(ы), адреса электронной почты, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании, - в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативно-правовых актов РФ, исполнения договора, заключенного с субъектом персональных данных, информирования о ходе лечения и о предстоящих приемах, передачи информации, связанной с деятельностью Оператора, посредством электронной почты, обеспечения бесперебойной работы сайта Оператора персональных данных, 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.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право работникам ООО «Улыбка в порядке» передавать мои (представляемого мною лица) персональные данные, в том числе данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим медицинским работникам, а также административным работникам и должностным лицам Оператора, медицинским работникам, а также административным работникам и должностным лицам ООО «СЗМ», юридический адрес (адрес осуществления медицинской деятельности): 188308, Ленинградская область, М.О. Гатчинский, г. Гатчина, ул. Коли Подрядчикова, д. 22, помещ. 1, ИНН: 4705065477, ИП И Дмитрию Канпиновичу, юридический адрес (адрес осуществления медицинской деятельности): 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Турку, д. 11, корп. 2, лит. А, пом. 1-Н, (пом. 11, 12), ИНН: 650106513836, в интересах обследования, установления диагноза и лечения, информирования о ходе лечения и о предстоящих приемах в ООО «Улыбка в порядке», ООО «СЗМ», ИП И Дмитрия Канпиновича, передачи информации, связанной с деятельностью Оператора, посредством электронной почты. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого мною лица) персональными данными, которые необходимы при исполнении заключенного договора на оказание медицинских услуг, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, извлечение, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение, в том числе с использованием электронных медицинских информационных систем. Оператор в том числе вправе обрабатывать мои (представляемого мною лица) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Настоящим я выражаю свое согласие на использование фотографий моих (представляемого мною лица) зубов и лица в качестве демонстрационных материалов в ходе чтения лекций и проведения семинаров для специалистов и в качестве демонстрационных материалов, предъявляемых другим Пациентам в ходе личной с ними беседы в качестве примера изменений в процессе лечения, а также на использование фотографий моих (представляемого мною лица) зубов (без фотографий лица) в научных публикациях, учебной литературе и в интернете на сайте Исполнителя и (или) врача-ортодонта в качестве примеров лечения. Подписанием настоящего Согласия я также даю согласие на использование рентгеновских снимков и контрольных гипсовых моделей моих (представляемого мною лица) челюстей для научных исследований.

Настоящим согласием подтверждаю, что осведомлен (-а) о внедрении в клинике системы видеонаблюдения в помещениях ООО «Улыбка в порядке» и выражаю свое согласие на использование Обществом системы видеонаблюдения в целях обеспечения безопасности.

Даю свое согласие при условии, что обработка персональных данных будет осуществляться с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа и при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных.

Настоящим подтверждаю, что, в случаях, когда применимо, гарантирую законность предоставления персональной информации лица, чьи данные я предоставляю, осведомленность и согласие такого лица на предоставление его персональной информации.

Я подтверждаю, что все персональные данные, указываемые мной, являются актуальными, достоверными и принадлежат лично мне и/или представляемому мной лицу.

Подтверждаю и признаю, что я внимательно и полностью прочитал(а) текст согласия, понял его смысл. Я выражаю свое согласие Оператору на обработку персональных данных без оговорок и ограничений, несу все риски, связанные с предоставлением неверных или неполных персональных данных.

Я подтверждаю, что, давая согласие, действую свободно, в своих собственных интересах или интересах представляемого и не нахожусь в заблуждении.

Мне известно, что Оператор не несёт ответственность за достоверность представленных мной персональных данных.

Передача персональных данных третьим лицам не осуществляется, за исключением лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора и от его имени, а также случаев, установленных действующим российским законодательством.

Настоящее согласие дано мной с даты предоставления Согласия и действует в течение срока, соответствующего сроку хранения первичных медицинских документов и составляющего пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора (192071, г. Санкт-Петербург, ул. Турку, д. 11, корп. 2, лит. А, пом. 1-Н) 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.

В случае отзыва мной согласия, оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 и части 2 статьи 10 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».