

Согласие на обработку персональных данных

г. Краснодар

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
паспорт: _____,
проживающий по адресу: _____, телефон _____,
являясь законным представителем ребенка _____,
паспорт или свидетельство о рождении _____,
проживающий по адресу: _____, телефон _____,
в соответствии с требованиями 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ. подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ТРИДЕНТ», адрес местонахождения: 350029, Российская Федерация, Краснодарский край, город Краснодар, Прикубанский внутригородской округ, ул. Российская, 552/1, далее – Оператор, персональных данных моих/моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии здоровья моего/моего ребенка, заболеваниях, о 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.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи мне/моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные мои/моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения меня/моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия/операции с персональными данными моими/моего ребенка, включая сбор, систематизацию, наполнение, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Предоставляю Оператору право вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора с медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями; с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных моих/моего ребенка иным организациям, при условии, что передача указанных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных моих/моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Настоящее согласие дано мною, _____,
« ____ » _____ 20__ г. 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 моих/моего ребенка, Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи мне/моему ребенку.

Контактный телефон _____.

Подпись субъекта/представителя субъекта персональных данных

_____/_____ /