

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.06г., и ст. 13 Федерального закона «Об основаниях охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ

Я, _____, дата рождения: _____
зарегистрирован(-а) по адресу: _____
Документ, удостоверяющий личность _____, серия: _____ номер: _____, выдан:
_____, номер телефона: _____, электронная почта:

настоящим даю согласие ООО «ОМОЛОЙ» (далее – **Оператор**),
ИНН: 9728043140 **ОГРН:** 1217700368533
Расположенному по адресу: 125367, г. Москва, Сосновая аллея, д. 1.

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку персональных данных доверенного, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка производится в том числе посредством внесения в базу данных медицинской информационной системы.

Целью обработки персональных данных является: оказание медицинских услуг, установление медицинского диагноза, заключение и исполнение договора оказания платных медицинских услуг и иных договоров/дополнительных соглашений, сервисных услуг, связанных с созданием условий получения медицинской помощи, повышения качества оказания медицинских услуг (сервис единого контакт-центра, личного кабинета, мобильного приложения и информирования о предоставляемых услугах, маркетинговых и/или рекламных акциях в том числе посредством интернет-сервисов-мессенджеров).

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, реквизиты документов, удостоверяющих личность, номер полиса ОМС, СНИЛС, контактные данные (номера телефонов, адреса электронной почты и т.д.), место регистрации и фактическое место жительства, а также специальные категории персональных данных (в том числе сведения о состоянии здоровья), полученные Оператором в связи с заключением/исполнением договора на оказание платных медицинских услуг.

Настоящим даю согласие на передачу персональных данных доверителя для последующей обработки по поручению Оператора и в соответствии с заявленными целями, медицинские организации и иные юридические лица в рамках заключенных договоров по предоставлению сервисных услуг.

Исполнитель в праве установить в холле и кабинетах клиники Исполнителя видеонаблюдение, в целях обеспечения безопасности сотрудников и пациентов, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения. Заказчик ознакомлен и согласен с тем, что в клиниках исполнителя ведется видеонаблюдение.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до достижения целей обработки персональных данных. Согласие может быть отозвано, в части, не противоречащей требованиям законодательства Российской Федерации, путем направления на адрес Оператора соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении), либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю оператора.

Дата: _____ Подпись: _____