

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ (ФИО)

проживающий(ая) по адресу: _____ паспортные
данные: _____

выдавший орган _____ в соответствии
с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе
настоящим подтверждаю согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью ООО
“Стоматологическая клиника “Доктор Смайл”, ОГРН 1037701921718 от 12.08.2003 г., адрес места
нахождения: 105066, г. Москва,

ул. Новая Басманная, д. 29, стр. 1, (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество; адрес места жительства / фактического проживания, контактный(е)
телефон(ы); электронный адрес (e-mail); а также специальную категорию персональных данных (сведения о
состоянии здоровья, заболеваниях, присвоенной группы здоровья, иная информация медицинского характера)
для взаимодействия и информирования при оказании медицинских услуг по договору;

√ _____

фото и видео с моим изображением без цели идентификации личности и запись моего голоса для
контроля за качеством оказания медицинских услуг;

√ _____

фамилию, имя, отчество; пол; дату, месяц и год рождения, СНИЛС, а также специальную категорию
персональных данных (сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, присвоенной группы здоровья, иная
информация медицинского характера) для исполнения требований по передачи сведений в государственные
информационные системы в сфере здравоохранения

√ _____

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с персональными
данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование,
уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных
носителях, в информационных системах с использованием и без использования средств автоматизации, а
также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать
мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих
их защиту, следующим лицам: Федеральная налоговая служба, Социальный Фонд России, иным
государственным органам. Для целей информирования, в том числе направления сервисных оповещений,
обработка персональных данных пациента (фамилии, имени, отчества, даты, месяца и года рождения,
контактного телефона) поручается сервису Битрикс24 (ООО «1С-Битрикс», ИНН 7717586110).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских
документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие действует до исполнения Оператором всех обязательств перед субъектом
персональных данных или до даты направления субъектом персональных данных отзыва согласия на
обработку персональных данных. Условием прекращения обработки персональных данных является
получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку персональных
данных.

Пациент:

(ФИО)

/ _____
(подпись)