

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

<p>Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____ Пол: <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский Дата рождения: _____</p> <p>Паспорт Серия: _____ Номер: _____ Кем выдан _____ _____</p> <p>Дата выдачи: _____</p> <p>Адрес места жительства в РФ Почтовый индекс: _____ Регион: _____ <small>(республика, край, область, округ)</small></p> <p>Населенный пункт: _____ <small>(город, село, поселок)</small></p> <p>Улица/проспект/ _____ переулок: _____</p> <p>Дом: _____</p> <p>Квартира: _____</p> <p>Контактные сведения Телефон: _____ Моб. тел. _____ Эл. почта: _____</p> <p>Подпись _____ субъекта _____ персональных данных</p>	<p>Я, нижеподписавшийся, чьи сведения указаны выше, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «История улыбки» (далее - Оператор), расположенным по адресу: г. Ставрополь, ул. Октябрьская, 190/1. Пом.478 моих персональных данных (далее персональные данные), чьи сведения указаны выше, включая: персональные данные о состоянии здоровья, заболеваниях, 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.</p> <p>В процессе оказания Оператором медицинской помощи субъекту персональных данных я предоставляю право индивидуальному предпринимателю передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.</p> <p>Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в отчетные формы.</p> <p>Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.</p> <p>Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.</p> <p>Я обязуюсь своевременно сообщать оператору о любых изменениях в персональных данных, указанных мной.</p> <p>Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в мой адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.</p>
---	---