

Согласие на обработку персональных данных

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

я _____
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность:

☐ паспорт гражданина Российской Федерации

Серия _____, номер _____, выдан _____

(дата, наименование выданного органа)

☐ именуемый(-ая) в дальнейшем «субъект персональных данных»/«субъект» и действующий(-ая) от своего имени

Если «субъект» действует от своего имени, данный раздел не заполняется

☐ именуемый(-ая) в дальнейшем «представитель субъекта персональных данных (субъекта)» и действующий(-ая) от

имени _____
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность:

☐ паспорт гражданина Российской Федерации

Серия _____, номер _____, выдан _____

(дата, наименование выданного органа)

☐ иной документ: _____,

именуемого(-ой) в дальнейшем «субъект персональных данных»/«субъект»,

на основании _____,
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия)

даю согласие на обработку моих персональных данных, а также персональных данных субъекта (далее также – ПД) ООО «Доктор Дент – люкс» (далее – Оператор). Адрес юридического лица: 236023, Калининградская область, г. Калининград, ул. Лейтенанта Яналова, д.2, лит. XXVIII, лит. А.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие Оператору:

1. Сведения, характеризующие меня/субъекта, как субъекта гражданских правоотношений (Ф.И.О., дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, адрес регистрации по месту жительства).
2. Иные сведения, сообщенные обо мне/о субъекте в Договоре и (или) смете и (или) дополнительных документах, в том числе справке об оплате медицинских услуг для предоставления в УФНС: номер телефона, ИНН, номер свидетельства о рождении субъекта, пол, адрес электронной почты.
3. Данные о состоянии моего здоровья/здоровья субъекта (в том числе сведения о факте обращения за медицинской помощью).

Данное согласие дается Оператору для обработки моих персональных данных/персональных данных субъекта в следующих целях:

- предоставление мне/субъекту услуг, в том числе уточнения сотрудником Оператора сведений, необходимых для оказания услуг;

- поддержания/повышения качества, удобства и/или доступности услуг, в том числе организации электронного документооборота;
- направление в мой адрес/в адрес субъекта уведомлений, касающихся предоставляемых услуг, и иных уведомлений в соответствии с действующим законодательством РФ;
- подготовка и направление ответов на мои запросы;
- иных целях в соответствии с законодательством РФ.

Настоящие Согласие дано для совершения следующих действий с моими персональными данными/персональными данными субъекта с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ, как неавтоматизированными, так и автоматизированными способами (в том числе путем считывания информации с магнитной ленты банковской карты субъекта).

В процессе оказания Оператором мне/субъекту медицинской помощи, я разрешаю передавать мои персональные данные/персональные данные субъекта следующим третьим лицам и операторам связи, привлеченным Оператором к исполнению договора:

- ООО «Доктор Дент» (236023, Калининградская обл., г.Калининград ул. Осенняя д. 6а, пом. LVIII, каб. 1)
- ПАО "Вымпелком" (127083, город Москва, ул. 8 Марта, д. 10 стр. 14)
- ООО "Манго Телеком" (117420, город Москва, Профсоюзная ул., д. 57, ком. 84)
- ПАО Сбербанк (117312 Москва, ул. Вавилова, д. 19)
- АО «НСПК» (115184, Москва, ул. Большая Татарская, д. 11)
- АО "ПФ "СКБ Контур" (620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Народной Воли, 19а)

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать Согласие на обработку моих персональных данных/персональных данных субъекта посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручении лично под расписку представителю Оператора.

В случае отзыва Согласия на обработку персональных данных Операторы обязуются прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи. Об уничтожении персональных данных Оператор уведомит субъекта персональных данных.

Оператор принимает необходимые и достаточные организационные и технические меры для защиты персональной информации Субъекта от неправомерного или случайного доступа, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения, а также от иных неправомерных действий третьих лиц.

Субъект персональных данных (представитель субъекта персональных данных)

Дата _____

_____/_____
подпись / расшифровка подписи (инициалы и фамилия)