

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ВЕДЕНИЕ ФОТО (ВИДЕО)
ПРОТОКОЛА**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный(ая) по
адресу _____,

паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дента» (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровье, 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 медицинскую тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие медицинскую тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивания, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставления отчетных данных.

Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене, перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости, о готовности результатов медицинских анализов и обследований. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Предоставляю Оператору право осуществлять фото и видео фиксацию оказываемых медицинских услуг, публиковать фото и видео моих изображений безлично и фрагментарно, на использование и размещение моих изображений в научных, рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых на наружных и внутренних стендах Оператора, в сети интернет, в том числе на сайте Оператора.

Я даю Оператору согласие на передачу моих изображений третьим лицам в целях, указанных в настоящем согласии. Я оставляю за собой право остановить распространение моих изображений посредством составления письменного документа и передаче его оператору. Такое заявление об остановке распространения изображения не обязывает Оператора изымать уже распространенные изображения в период действия настоящего согласия.

Подписывая настоящий документ, подтверждаю, что мне понятен смысл всех используемых терминов и осознаю последствия данного мною согласия.

Оператор обязуется не использовать изображения Пациента способами, порочащими его честь, достоинство и деловую репутацию

Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам
(Ф.И.О.) _____

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

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения первичной документации. 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, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Мобильный телефон(ы) _____ (в случае, если контактный телефон не указывается
смс – информирование поступать не будет)

Почтовый адрес _____

Адрес электронной почты _____ (в случае, если адрес электронной почты не
указывается -информирование поступать не будет)

Подпись субъекта персональных данных _____

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПОДОПЕЧНОГО(РЕБЕНКА) И
ВЕДЕНИЕ ФОТО (ВИДЕО) ПРОТОКОЛА**

Я, _____, проживающий (ая)
по адресу _____
паспорт серии _____, номер _____, выданный _____
«__» _____ года, являясь законным
представителем _____ ребёнка
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

(ФИО подопечного(ребенка)(полностью),

проживающего (ей) по адресу _____
паспорт серии _____, номер _____, выданный _____
«__» _____ года,

согласно документу _____

(реквизиты свидетельства о рождении, доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дента» (далее-Оператор) персональных данных подопечного(ребенка) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровье, 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 медицинскую тайну. В процессе оказания подопечному(ребенку) Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие медицинскую тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах его обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными подопечного(ребенка) , включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивания, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать его персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставления отчетных данных.

Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене, перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости, о готовности результатов медицинских анализов и обследований. Срок хранения персональных данных подопечного(ребенка) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Предоставляю Оператору право осуществлять фото и видео фиксацию оказываемых медицинских услуг, публиковать фото и видео изображений подопечного(ребенка) безлично и фрагментарно, на использование и размещение изображений подопечного(ребенка) в научных, рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых на наружных и внутренних стендах Оператора, в сети интернет, в том числе на сайте Оператора.

Я даю Оператору согласие на передачу изображений третьим лицам в целях, указанных в настоящем согласии. Я оставляю за собой право остановить распространение изображений подопечного(ребенка) посредством составления письменного документа и передаче его оператору. Такое заявление об остановке распространения изображения не обязывает Оператора изымать уже распространенные изображения в период действия настоящего согласия.

Подписывая настоящий документ, подтверждаю, что мне понятен смысл всех используемых терминов и осознаю последствия данного мною согласия. Оператор обязуется не использовать изображения Пациента способами, порочащими его честь, достоинство и деловую репутацию.

Передача персональных данных подопечного(ребенка) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения первичной документации. 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, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Мобильный телефон(ы) _____ (в случае, если контактный телефон не указывается смс – информирование поступать не будет).

Почтовый адрес _____

Адрес электронной почты _____ (в случае, если адрес электронной почты не указывается -информирование поступать не будет).

Подпись субъекта персональных данных _____