

Оператору
Обществу с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «Телемедицина»
ОГРН 1212300011582, ИНН 2310223226
дата регистрации 04.03.2021 г. ИФНС России № 16 по Краснодарскому краю
350020, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Красная, 184, пом. 1001, 1002

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф. И. О. полностью)
паспорт серия _____, номер _____, выдан _____
проживающий(ая) по адресу (как в паспорте): _____

Являясь представителем (заполняется при условии сопровождения пациента)

(указать фамилию, имя, отчество, дату рождения),

(адрес субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

в силу закона либо на основании _____
(нужное подчеркнуть либо указать документ)

руководствуясь ст. 9, 10 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных / персональных данных лица, представителем которого я являюсь, **оператору**, включающих в себя: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации, адрес проживания, телефон, адрес электронной почты, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность); данные свидетельства о рождении; рост, вес; фото- видеозапись; файлы «Cookie» посетителей сайта, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, результатах анализов; анамнезе; случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящим даю согласие на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я представляю Оператору право в процессе оказания медицинских услуг передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, должностным лицам Оператора, в целях оказания медицинской помощи, а также лицам, привлеченным на основании гражданско-правовых договоров для оказания услуг по заключенным между Оператором и субъектом персональных данных договорам, в частности: ООО «СМАРТ МЕД ЛАБ ЮГ» (350004, Краснодарский край, город Краснодар, Кожевенная ул., д. 44, помещ. 35) в целях проведения лабораторных исследований.

Я представляю Оператору согласие осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона о дате и времени записи на прием к врачу, одноразового пароля для входа в Личный кабинет и иных сообщений организационно-информационного характера. Срок обработки персональных данных ограничивается достижением заявленной цели.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением данных, содержащихся в медицинской карте и иной медицинской документации).

(дата дачи согласия) / _____
(подпись и расшифровка субъекта персональных данных)

Настоящим даю согласие (отметить галочкой либо крестиком) в соответствии с п. 1 статьи 18 ФЗ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона в целях поддержания связи со мной, информирования об оказываемых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, в том числе с использованием мессенджеров. Я подтверждаю, что мне разъяснено, что я в любое время могу отозвать данное согласие на основании личного письменного заявления.

(дата дачи согласия) / _____
(подпись и расшифровка субъекта персональных данных)