

{Логотип}

СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных на обработку его персональных данных и на получение информации от ООО «Династия»

Я, {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} года рождения {Паспорт} даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Династия» (ИНН 5047160190) (далее – Исполнитель), которое находится по адресу: Московская обл., гор. Долгопрудный, ул. Первомайская, д. 17, пом. 31 в лице любого его штатного сотрудника, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на обработку моих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с содержанием которого я был ранее ознакомлен.

Обработка персональных данных осуществляется для заключения договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи, посредством телефонных звонков, SMS и сообщений в мессенджерах, таких, как WhatsApp, Viber и других.

Персональные данные включают фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, национальность, расовую принадлежность, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты паспорта, полиса ОМС(ДМС), СНИЛС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, аудио- и видеoinформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения при условии сохранения третьими лицами врачебной тайны и персональных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом.

Субъект персональных данных:

_____ / _____
(подпись) (Ф. И. О. полностью)
{ДатаПервогоПриема}

Анкета пациента:

Фамилия	{Фамилия}
Имя	{Имя}
Отчество	{Отчество}
Дата рождения	{ДатаРождения}
Адрес	{Адрес}
Мобильный телефон	{МобТелефон}
E-mail	{Профессия}
	{Паспорт}