

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, _____
Адрес: _____
Паспорт
№ _____ серия _____
Выдан (кем) _____
Дата выдачи: _____ 20__ г.

Ознакомлен(а) с Положением «Об обработке и защите персональных данных пациентов и даю согласие предоставить (и предоставлять в дальнейшем в случае изменения) для размещения в базе данных ООО «Клиника Элит-стом» и дальнейшей обработки, свои достоверные и документированные персональные данные:

- фамилия, имя, отчество;
- год, месяц, число и место рождения, гражданство;
- ИНН;
- паспортные данные;
- адрес места жительства (фактический, по регистрации), телефон;
- иные сведения, относящиеся к персональным данным субъекта.

Я ознакомлен, что обработка персональных данных включает в себя: получение, использование, накопление, обновление, передачу, хранение, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я согласен, что мои персональные данные будут использованы в целях, связанных с оказанием стоматологических услуг в ООО «Клиника Элит-стом» по адресу: 603053, г. Н. Новгород, пр. Бусыгина, д.1, помещение Пб на весь период лечения, а также на период хранения в архиве документов, содержащих персональные данные.

Я предупрежден, что имею бесплатный доступ к моим персональным данным и право на полную информацию об их содержании.

Я заявляю, что использование и распространение информации, касающейся моей частной жизни, не должно осуществляться без моего письменного согласия. Данное согласие может быть отозвано полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших известных мне фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Я согласен, что способом обработки персональных данных является автоматизированная обработка посредством компьютерной техники.

Я ознакомлен, что данное согласие может быть полностью отозвано полностью или частично на основании письменного личного заявления пациента, в том числе и в случае ставших известных мне фактов нарушения моих прав обработке персональных данных.

Я уведомлен о последствиях отказа предоставить свои персональные данные уполномоченным лицам ООО «Клиника Элит-стом».

В случае моего отказа предоставить персональные данные, ООО «Клиника Элит-стом» не сможет на законных основаниях осуществлять обработку моих персональных данных, что приведет к следующим для меня юридическим последствиям в сфере отношений, связанных с приемом граждан (пациентов) для оказания услуг по терапевтической и ортопедической стоматологии – гражданину (пациенту) не могут быть оказаны стоматологические услуги.

«___» _____ 20__ г. _____ / _____ /

Подпись

Ф.И.О.