

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных Заказчика¹

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Санаторий Вилла Арнест», расположенному по адресу: 357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Прудная 107а (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату место рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), ИНН, электронную почту, гражданство, с целью оказания медицинских услуг Потребителю по договору об оказании платных медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:
- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора об оказании платных медицинских услуг.

Передача моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20__ г. и действует бессрочно.
Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных, посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Санаторий Вилла Арнест» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Санаторий Вилла Арнест».

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____
(расшифровка подписи)

Данная форма заполняется, если Заказчик оплачивает медицинские услуги Потребителя