

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", зарегистрирован(-а) по адресу: , документ удостоверяющий личность паспорт . Контактный тел: :

Даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью "Уфимский центр глазной хирургии", находящемуся по адресу: 450047, Республика Башкортостан, г Уфа, ул Бакалинская, д. 21 на обработку своих персональных данных, а именно:

- ФИО;
- год, месяц, дата и место рождения;
- адрес регистрации и проживания;
- паспортные данные;
- номера телефонов и адреса электронной почты;

С целью:

- ведения медицинской диагностики и медицинской истории;
- надлежащего исполнения обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг;
- получения от Исполнителя результатов анализов, выписки из медицинской карты, медицинские снимки по электронной почте на адрес _____
- получения информационных сообщений с просьбой оценить качество сервиса и оказанных Исполнителем услуг, в виде СМС на указанный в настоящем соглашении контактный телефон.

Обработка персональных данных для целей настоящего согласия включает: любое действие или совокупность действий, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование в научной, лечебной и просветительской работе, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных Исполнителем и передача их третьим лицам возможна только с моего согласия и/или в случае отзыва согласия в случаях, порядке, объемах и сроки, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен исключительно в письменной форме. В случае отзыва мной согласия на обработку моих персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий 5 (Пяти) дней с даты поступления указанного отзыва, а также уведомить меня об уничтожении персональных данных в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента их уничтожения.

_____/_____
(подпись пациента) (Ф.И.О. пациента)

- Получение информационных сообщений, копий своих медицинских документов посредством электронной почты, мессенджеров Telegram, WhatsApp и/или в виде СМС-сообщений (с учетом данных о номере телефона, адресе электронной почты, указанных в данном сообщении), а также уведомление моего лечащего врача, (либо другого специалиста/учреждения, оформившего направление в клинику) о составе и результатах полученных мною медицинских услуг.

_____/_____
(подпись пациента) (Ф.И.О. пациента)