

СОГЛАСИЕ
пациента (законного представителя) на обработку персональных данных

Имя пациента (Ф.И.О.): _____
Дата рождения: _____
Вид документа, удостоверяющего личность _____
Реквизиты документа (серия, номер): _____
Кем выдан: _____
Код подразделения _____ Дата выдачи: _____
Место регистрации: _____

Настоящим даю согласие на обработку моих вышеуказанных персональных данных Оператору - ООО «Парадиз+» (194358, РФ, г. Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д. 150 корп.1 лит. А пом.32-Н) включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

В целях установления медицинского диагноза, осуществления медицинского (амбулаторного и/или стационарного) лечебно-диагностического процесса, учета предоставленной информации в базах данных; проведения статистических исследований, а также исследований, направленных на улучшение качества продукции и услуг; проведения маркетинговых программ, в том числе, для продвижения товаров, работ, услуг; информирования меня о новых товарах и услугах Операторов с помощью различных средств связи, а именно: интернет; почтовая рассылка; электронная почта; телефон (включая мобильный); SMS-/MMS-сообщения, сообщения посредством использования информационно-коммуникационных сервисов, таких как Viber/Whatsup и прочие.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, анализ, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление и/или изменение), использование, распространение (передачу), блокировку, уничтожение.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право на обработку и использование моих персональных данных лечащим врачом и/или иным немедицинским персоналом в целях контроля и улучшения качества моего лечения.

При необходимости мои персональные данные могут быть переданы Оператором в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и его территориальные подразделения, Фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и его территориальные подразделения, Фонда социального страхования Российской Федерации и его территориальные подразделения, Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и его территориальные подразделения, Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и его территориальные подразделения, а также уполномоченным страховым компаниям в рамках исполнения договорных и иных обязательств ООО "Парадиз+" по оказанию медицинских услуг с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. При необходимости, эти данные могут быть представлены в суд, в случае возникновения любых споров, связанных с оказанием медицинских услуг ООО "Парадиз+».

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует до момента его отзыва в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» посредством направления соответствующего письменного заявления по почтовому адресу ООО «Парадиз+» (194358, РФ, г. Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д. 150 корп.1 лит. А пом.32-Н). Заявление должно содержать ФИО, телефон и E-mail заявителя, а также дату составления заявления и собственноручную подпись заявителя. Заявление может быть также направлено в электронной форме посредством заполнения специальной формы «Обратная связь» на сайте www.zub-stoma.ru (сайт Оператора).

Подпись пациента (законного представителя)

_____ (_____)

фамилия, инициалы

« _____ » _____ 20 ____ г.