Согласие на обработку персональных данных

Я _____
(ФИО законного представителя) проживающий(ая) по адресу: _____
_____, паспортные данные: *серия и номер паспорта*
_____, дата выдачи _____, выдавший орган _____

являясь законным представителем _____
_____, (ФИО Пациента), проживающего(ей) по адресу: _____
_____, паспортные данные (при наличии): *серия и номер паспорта*
_____, дата выдачи _____, выдавший орган _____

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «ВИТАМЕД» ОГРН 1117746857821, адрес места нахождения: 115093, г. Москва, Партийный переулок, д.1, корп. 25 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество; пол; дату месяц и год рождения; адрес места жительства / фактического проживания, контактный(е) телефон(ы); электронный адрес (e-mail); реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), а также обработку специальной категории персональных данных (сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, присвоенной группы здоровья, иная информация медицинского характера) для взаимодействия и информирования при оказании медицинских услуг по договору;

√ _____
видео с моим изображением без цели идентификации личности и запись моего голоса для контроля за качеством оказания медицинских услуг;

√ _____
Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

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

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам: Федеральная налоговая служба, Социальный Фонд России, иным государственным органам.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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.

Законный представитель пациента:

√ _____ / _____
(ФИО) (подпись)