

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, ФИО , зарегистрирован (а) по адресу (с указанием почтового индекса): ,
фактически проживаю по адресу (с указанием почтового индекса): ,
паспорт: серия, № , выдан , ,

(кем, когда, код подразделения)

являясь законным представителем несовершеннолетнего ФИО , дата рождения, проживающего по адресу: адрес.

своей волей и в своем интересе в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими вопросы защиты персональных данных, **подтверждаю свое согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью «Ту Эф Клиник» (ООО «Ту Эф Клиник»)**, находящимся по адресу: 350004, г. Краснодар, ул. им. Калинина, 244, оф.7, далее именуемым **Оператор**,

моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, указанного выше, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места регистрации, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверения личности (паспорта, свидетельства о рождении несовершеннолетнего), данные СНИЛС, ИНН, адрес электронной почты, данные полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

С целью обеспечения безопасности в помещениях Оператора, контроля качества оказания медицинских услуг, даю согласие на осуществление видеосъемки в помещениях Оператора.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, лицам, привлеченным Оператором для оказания медицинских услуг, изготовления изделий медицинского назначения в интересах обследования и лечения, операторам Страховой компании, в которой застрахован пациент по договору добровольного медицинского страхования, лицам, привлеченным Оператором для урегулирования спорных ситуаций в процессе оказания медицинских услуг, заказчикам по трехсторонним договорам, заключенным между субъектом персональных данных, заказчиком и Оператором в целях получения Оператором оплаты за оказанные медицинские услуги.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинских услуг между Оператором и Страховой компанией. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой компанией, лицами, привлеченными Оператором для оказания медицинских услуг, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, обеспечивающим соблюдение предусмотренных законом мер по сохранению конфиденциальности, обеспечению правовых, организационных и технических мер для защиты

полученных персональных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) установленных законодательством РФ.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, а так же без моего согласия в порядке и в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

б) по истечении срока хранения моих персональных данных, предусмотренных законодательством РФ, уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим *(отметить нужное)*:

☐ Даю

☐ Не даю

свое согласие Оператору использовать мои персональные данные (номер телефона, адрес регистрации, адрес электронной почты) с целью направления рассылок, уведомлений информационного и рекламного характера.

Настоящее согласие дано мной 12 августа 2026 г. и действует в течение срока хранения первичной медицинской документации.

_____/

подпись,

фамилия, инициалы