

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных моего ребенка

Я, нижеподписавшийся _____,
проживающ _____ по адресу _____,
паспорт _____

_____ В
соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ,
подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Семейная стоматология» 626150 Тюменская область г.Тобольск 7
микрорайон, д.46-а персональных данных моего ребенка _____
дата рождения _____, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания,
данные о состоянии его 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, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным
сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам,
передать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным
лицам Оператора, в интересах его обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с персональными данными моего ребенка, включая сбор,
систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование,
уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в
электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные регламентными
документами в организации, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и
обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов
и составляет двадцать пять лет.

Передача персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с
моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ действует бессрочно.

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 прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по
оплате оказанной моему ребенку до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____