



Общество с ограниченной ответственностью  
Стоматологический салон «Консул»  
622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил,  
Октябрьский пр., 28. Тел.: /3435/ 44-24-34,  
konsul-nt@mail.ru, сайт: konsul-st.ru

р/с 40702810516540015295 в Уральский банк ОАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 3010181050000000674  
БИК 046577674 ИНН 6623013175 КПП 662301001 ОКПО 15049526 ОГРН 1036601238046 ОКТМО 65751000

## ООО Стоматологический салон «Консул»

### Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

(основной документ, удостоверяющий личность, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе даю согласие ООО Стоматологический салон «Консул» на обработку в документарной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространения, предоставления, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения автоматизированным и неавтоматизированным способом моих персональных данных на период действия Договора на оказание платных медицинских услуг.

Настоящим даю согласие **на обработку своих персональных данных, перечисленных ниже:**

- фамилия, имя, отчество, пол, возраст, паспортные данные,
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания,
- номер мобильного телефона,
- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС),
- серия и номер страхового медицинского полиса и его действительность,
- сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы по результатам обращения пациентов к врачу, в том числе при прохождении диспансеризации и медицинских осмотров, информация об оказанных медицинских услугах, в том числе о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах).

**Цель обработки персональных данных** - исполнение договорных обязательств на оказание медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, установления медицинского диагноза, информационного обеспечения пациентов, осуществления обратной связи с пациентами (рассмотрения заявлений, жалоб).

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

**С условиями программы лояльности при приобретении дисконтной карты ознакомлен.**

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Я также даю согласие на получение:

- напоминаний о предстоящей процедуре;
- информации о новых продуктах и услугах;
- информации об акциях и скидках на товары и услуги в следующей форме:

смс-сообщение и сообщение в мобильных приложениях на номер \_\_\_\_\_

телефонный звонок на номер \_\_\_\_\_

эл. письмо на электронную почту по адресу: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Я также даю согласие, в соответствии с п. 3 ст.13 ФЗ от 21.11.2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", на использование фото и видеоматериалов исключительно в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Я информирован, что фото и видеоматериалы не будут содержать данных, идентифицирующих личность, и будут использованы только в информационных источниках ООО Стоматологический салон «Консул».

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_