

СОГЛАСИЕ

НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
зарегистрирован (а): _____,
фактически проживаю по адресу (с указанием почтового индекса): _____

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
своей волей и в своем интересе в соответствии с нормативными правовыми актами РФ, регулирующими вопросы защиты персональных данных, даю согласие ООО «ТАРИ» (далее - Клиника), адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Фурштатская, дом 31, литер А, помещение 42н, в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на передачу третьим лицам для любых целей моих персональных данных (данных моего ребенка (ФИО ребенка полностью): _____),

включающих в себя ФИО, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью для оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну:

В страховую медицинскую организацию (в рамках заключенных договоров по ДМС);
Сотрудникам Клиники в рамках работы справочной службы ООО «ТАРИ» в части информации о ФИО, дате рождения, факте обращения за медицинской помощью, общем состоянии, температуре тела.

Супругу (е), родителям, иным лицам (нужное подчеркнуть и указать): _____

Мне разъяснены мои права в целях обеспечения защиты персональных данных, я предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложных сведений о себе и предъявление подложных документов.

Срок действия согласия (нужное подчеркнуть или указать):

до окончания действия договора;

до _____ 202__ г.

Данное мной согласие на передачу персональных данных может быть отозвано мною в любой момент посредством направления Клинике письменного уведомления. С момента получения уведомления об отзыве согласия на передачу персональных данных, при прекращении договора Клиника обязана прекратить передачу персональных данных и (или) уничтожить персональные данные в разумный срок с даты получения отзыва или прекращения договора.

Я уведомлен (а), что при отзыве мной согласия на передачу персональных данных Клиника вправе продолжить передачу моих персональных данных в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». При достижении целей обработки мои (моего ребенка) персональные данные подлежат уничтожению в разумный срок с даты достижения этих целей.

Требование об уничтожении не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе после прекращения договорных отношений.

« _____ » августа 202__ г. _____
(подпись)

(ФИО пациента)