СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

г. Севастополь {ТекущаяДатаПолная} г.

Я, {ФамилияИмяОтчество},

_____ серия {СерияНомерПаспорта}
(вид документа, удостоверяющего личность)

Выдан {Выдан},{ДатаВыдачи}
(когда и кем)
проживающий (ая) по адресу {Адрес}
настоящим даю свое согласие **ООО «Стоматологический кабинет «Витязь»** (адрес в ЕГРЮЛ: 299001, г. Севастополь, ул. Розы Люксембург, дом 52, кв. 20, ИНН 9203005794, ОГРН 1149204038389, адрес в сети «Интернет»: https://www.vityaz-sevastopol.ru) на обработку моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей: исполнения прав и обязанностей сторон договора на оказание платных медицинских услуг, исполнения законодательства (передача отчетности и др.) в сфере социального страхования, законодательства в сфере воинского учета, пенсионного законодательства, налогового законодательства, исполнения требований др. федеральных законов и распространяется на следующую информацию:
- персональные данные: фамилия имя отчество; дата рождения; место рождения; номер, серия, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; адрес регистрации и фактического проживания; номер телефона; адрес электронной почты, данные о прфессии;
- специальная категория персональных данных: данные о состоянии моего здоровья (моего ребенка в случае если Пациент несовершеннолетний),данные о заболеваниях;
биометрические персональные данные: полученные при видео, фото, рентген съемке.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

Условия и запреты:
-Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия;
- _____

-_____

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует с {ТекущаяДатаПолная} г. бессрочно.

_____ / {ФамилияИО} / номер телефона: _____
(подпись и Ф.И.О., субъекта персональных данных)
{ТекущаяДатаПолная} г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
ООО «Стоматологический кабинет «Витязь» уведомляет пациента о возможности получения медицинских услуг без взимания платы в иных организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. ООО «Стоматологический кабинет «Витязь» не участвует в реализации выше указанных программ.

_____ / {ФамилияИО}
(подпись и Ф.И.О. пациента)

{ТекущаяДатаПолная} г.