Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных пациента и на сбор информации посредством видеозаписи и аудиозаписи во время нахождения в ООО «Вера Дент»

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ФИО полностью*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*данные документа, удостоверяющего личность*

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*орган, выдавший документ, и дата выдачи*

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей и в своем интересе, даю информированное и сознательное согласие на обработку следующих персональных данных (далее – **«Согласие»**): фамилия, имя, отчество, пол, гражданство, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес места жительства (регистрации) и места пребывания, образование, профессия (специальность), место работы (учебы); идентификационный номер налогоплательщика; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о состоянии здоровья (степень расстройства функций организма, заболевания, дефекты, травмы); контактные данные (номер мобильного телефона, адрес электронной почты).

Настоящее Согласие дается мной **Обществу с ограниченной ответственностью «Вера Дент»** (ИНН 2311127010), находящееся по адресу: 350090, г. Краснодар, проезд Репина, дом 28, кв. 123, именуемому далее «**Стоматологический кабинет»**.

Настоящее Согласие дается мной в следующих целях: предоставления медицинских услуг; заключения со Стоматологическим кабинетом договоров, их исполнения, изменения и прекращения; ведения переписки и предоставления информации; ведения бухгалтерского, статистического учета и отчетности, делопроизводства, доставки почтовых отправлений; информационного обеспечения деятельности Стоматологического кабинета, в том числе создания и поддержания работы корпоративных порталов (сайтов) Стоматологического кабинета в сети Интернет; ведения и актуализации базы пациентов; проведения опросов, направленных на выявление удовлетворенности/неудовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг; информирования меня о предоставляемых Стоматологическим кабинетом медицинских услугах, проводимых мероприятиях и акциях.

Стоматологический кабинет вправе осуществлять автоматизированную обработку моих персональных данных, указанных в настоящем Согласии, их обработку без использования средств автоматизации, а также смешанную обработку таких данных, в том числе с передачей по внутренней информационно-телекоммуникационной сети, а также сети Интернет.

Настоящее Согласие предоставляется мной на осуществление Стоматологическим кабинетом любых действий в отношении персональных данных, перечисленных в настоящем Согласии, включая, но не ограничиваясь следующими: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящее Согласие действует в течение неопределенного срока – до момента его отзыва в порядке, установленном настоящим Согласием. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Стоматологического кабинета по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Стоматологического кабинета.

Я уведомлен(-а) о том, что в случаях и в сроки, установленные законодательством, Стоматологический кабинет уничтожит мои персональные данные. Дополнительное уведомление меня Стоматологическим кабинетом об уничтожении персональных данных предоставляется по моему письменному запросу.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*подпись фамилия, имя, отчество полностью*

Я ознакомлена с тем, что в Стоматологическом кабинете ООО «Вера Дент» ведется видеозапись и аудиозапись с целью охраны моих законных интересов и деятельности Стоматологического кабинета, в том числе разрешения спорных вопросов при проведении проверок деятельности Стоматологического кабинета, судебных споров и т.д.

Видеокамеры с аудиозаписью расположены во входной зоне и в зоне регистратуры.

Видеозапись и аудиозапись применяются на основании принятых в надлежащем порядке внутриорганизационных документов.

Стоматологический кабинет гарантирует, что полученные данные видеозаписи и аудиозаписи будут защищены от доступа посторонних лиц, а также утраты в течение 60 календарных дней, и не будут распространятся или передаваться в открытое пользование, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Я согласен(а) на ограничение моей приватности во время нахождения в Стоматологическом кабинете ООО «Вера Дент» посредством видеозаписи и аудиозаписи и подтверждаю это своей личной подписью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

При возникновении спорных вопросов могут быть использованы данные видеозаписи и аудиозаписи.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия пациента мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись пациента или законного представителя) (ФИО полностью)