

УТВЕРЖДАЮ:



Директор ООО «Академия улыбки»

А.Мартыненко

05»марта 2026г.

СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА

на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных
(данных о здоровье)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

являясь законным представителем Пациента:

(фамилия, имя, отчество полностью)

даю согласие ООО «Академия улыбки», 241001, Брянская обл., г. Брянск, ул. им. А.Ф. Войстроченко д.2, оф.3 (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных и данных Пациента.

Перечень обрабатываемых персональных данных: ФИО, пол, дата рождения, паспортные данные, снилс, полис омс/дмс, адрес места жительства, домашний телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, биометрические данные (фотография), данные о состоянии здоровья пациента, результатах его обследования и лечения.

Обработка моих персональных данных может осуществляться в целях заключения договора на оказание медицинских услуг.

Обработка персональных данных и данных о здоровье Пациента может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг.

Обработка данных о здоровье Пациента в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания клиникой медицинских услуг Пациенту я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о здоровье Пациента другим должностным лицам клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и данными о здоровье Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать данные, посредством внесения их в электронную базу данных, передачу через сеть Интернет.

Я подтверждаю своё согласие на передачу по моему запросу медицинской информации (результатов КЛКТ-исследований, выписки из медицинской карты, данных обследований, результатов анализов и другой возможной медицинской документации, касающейся здоровья Пациента) в электронной форме по электронной почте (по открытым каналам связи сети Интернет).

Я информирован, что передача вышеуказанной информации через незащищённые каналы связи (интернет) может привести к возникновению и реализации угроз безопасности (нарушению конфиденциальности, целостности, доступности) этих данных.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет. Передача моих персональных данных и персональных данных Пациента иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю клиники.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о здоровье Пациента в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о здоровье Пациента, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом. В соответствии с пп.5 ч.1 ст. 6 ФЗ № 152 «О персональных данных» получение согласия от Заказчика на обработку общих персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках Договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

Подпись Заказчика _____

Дата составления согласия