

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,
нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный _____ по _____ адресу:
_____,
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «НОВАЯ КЛИНИКА»**, расположенному по адресу: г. Краснодар, ул. Кожевенная, д. 36, помещение 125 (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных/персональных данных лица, представителем которого я являюсь, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство, контактный телефон, адрес электронной почты.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях: регистрации на Сайте newclinic.ru; предоставлению мне доступа к персонализированным ресурсам Сайта; установления со мной обратной связи, включая направление уведомлений, запросов, касающихся использования Сайта, оказания услуг, обработку запросов и заявок от меня; уведомления по всем вопросам, в рамках правоотношений с Администрацией Сайта; предоставления мне эффективной клиентской и технической поддержки при возникновении проблем, связанных с использованием Сайта; получения мной информации о маркетинговых событиях Оператора, а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.