

Я (ФИО законного представителя) \_\_\_\_\_, действующий от себя и от имени своего(ей) несовершеннолетнего(ей) (ФИО ребенка) \_\_\_\_\_ даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Оздоровительный центр Абилис» (далее – Исполнитель), которое находится по адресу: 660115 г. Красноярск, бульвар Ботанический д.9, стр.4, пом.18, в лице любого его штатного сотрудника, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на обработку моих персональных данных и данных несовершеннолетнего пациента (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с содержанием которого я был ранее ознакомлен.

Обработка персональных данных осуществляется для заключения договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

Персональные данные включают фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, национальность, расовую принадлежность, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты паспорта, полиса ОМС(ДМС), СНИЛС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, аудио- и видеoinформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения при условии сохранения третьими лицами врачебной тайны и персональных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие дано мной добровольно действует бессрочно.

Оставляю за собой право потребовать прекратить обрабатывать мои персональные данные. Использование персональных данных может быть отозвано законным представителем Пациента в любое время путем письменного заявления.

Субъект персональных данных:

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

(подпись) (Ф. И. О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.