

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, субъект персональных данных _____,
(ФИО)
зарегистрирован/а _____,
(адрес)

(серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)
являясь законным представителем _____,
(ФИО)
дата рождения _____ года

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе подтверждаю свое предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку ООО «СКИН БЬЮТИ» (ИНН 2364017646; ОГРН 1182375118232, юр.адрес: 350004, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Кожевенная 24, помещение 33-42 - (далее Оператор) на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность, в т.ч. свидетельства о рождении, включая личную фотографию; место жительства; место регистрации; дата регистрации; контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица; анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные клинические рекомендации; иные сведения, необходимые медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных, с помощью которых можно идентифицировать субъекта персональных данных.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать все мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и работникам Оператора (в том числе, с использованием медицинских информационных систем), в интересах обследования, лечения, а также выполнения Оператором иной деятельности, предусмотренной уставом Оператора и законодательством РФ. Даю свое согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО «СКИН БЬЮТИ» в течение срока действия Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг.

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), платным медицинским услугам и иным источникам финансирования. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными с обслуживающей страховой медицинской организацией, федеральным и территориальными фондами ОМС, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, экспертными организациями, Росздравнадзором, Роспотребнадзором, Минздравом России, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять тайну, ставшую известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев особо оговоренных законодательством РФ. Настоящее согласие

действует в течение срока действия Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

С Политикой в отношении обработки персональных данных Оператора ознакомлен(а).

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

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

Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного согласия, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ. Даю свое согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО «СКИН БЬЮТИ» в течение срока действия Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг.

Я подтверждаю, что предоставляя данное согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« » _____ 2025г. / _____ / _____
(Подпись) (Расшифровка подписи)