

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1. _____ (далее по тексту - «ПАЦИЕНТ»), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждает свое согласие на обработку его персональных данных (далее по тексту – Согласие) ООО «Элеганс Лайн» (адрес местонахождения: 125310, г. Москва, ул. Малая Бронная д.26 стр1) (далее по тексту - «ИСПОЛНИТЕЛЬ»), **включающих** фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; номер и серия документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации и места жительства, номер контактного телефона, адрес электронной почты, сведения о гражданстве, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, фотографическое изображение, аудиозаписи телефонных разговоров, сведения о приобретённых товарах и предоставленных услугах, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, факте обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
2. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обрабатывает персональные данные «ПАЦИЕНТА» **в целях** соблюдения норм законодательства РФ, а также с такими целями как: заключение и исполнение договоров о предоставлении медицинских услуг; информирование о новых товарах, услугах; подготовка индивидуальных предложений; ведение рекламной деятельности; соблюдение норм по охране труда, личной безопасности и сохранности имущества; контролирование количества и качества выполняемой работы; обеспечение пропускного режима.
3. В процессе предоставления «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» «ПАЦИЕНТУ» медицинских услуг «ПАЦИЕНТ» предоставляет право сотрудникам «ИСПОЛНИТЕЛЯ» передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «ИСПОЛНИТЕЛЯ», в интересах обследования и лечения «ПАЦИЕНТА».
4. «ПАЦИЕНТ» предоставляет «ИСПОЛНИТЕЛЮ» право осуществлять все **действия** (операции) с персональными данными «ПАЦИЕНТА», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе обрабатывать персональные данные «ПАЦИЕНТА» смешанным способом (с использованием средств автоматизации и без такового) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов).
5. «ПАЦИЕНТ» даёт согласие на трансграничную передачу своих персональных данных через иностранные мессенджеры **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО** с целью общения с «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» (уточнение информации, подтверждение записи на приём, получение обратной связи о качестве предоставляемых услуг и т.д.). Отправка и пересылка электронных документов через иностранные мессенджеры не допускается. О возможных последствиях потери конфиденциальности персональных данных «ПАЦИЕНТ» предупреждён.
6. «ПАЦИЕНТ» даёт согласие на отправку ему **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО** по его запросу медицинских документов (копий, выписок), отражающих состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также результаты лабораторных анализов, эпикризы, справки и т.д.) по открытым и незащищённым каналам связи (электронной почте). О возможных последствиях потери конфиденциальности данных документов «ПАЦИЕНТ» предупреждён.
7. «ПАЦИЕНТ» даёт своё согласие на отправку ему «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» напоминаний о следующем визите, сообщений рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, а также другой информации и разрешает «ИСПОЛНИТЕЛЮ» использовать любые средства связи, в том числе электронную почту, СМС, иностранные и национальные мессенджеры.
8. «ПАЦИЕНТ» согласен с тем, что в помещениях «ИСПОЛНИТЕЛЯ» проводится непрерывная видеосъёмка с видео- и аудиозаписью с использованием стационарных средств видеозаписи в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при предоставлении медицинских услуг, в том числе для фиксации сложных клинических случаев и протоколирования медицинских вмешательств. Средства видеозаписи могут быть размещены таким образом, что их объективы не находятся в прямой видимости «ПАЦИЕНТА». «ПАЦИЕНТ» уведомлён о факте осуществления видеозаписи и даёт согласие на обработку получаемых

посредством видеозаписи персональных данных. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» гарантирует «ПАЦИЕНТУ», что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ», не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ» на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.

9. «ПАЦИЕНТ» информирован и согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» оставляет за собой право на фото- и видеосъемку (фото- и видеопотоколирование) «ПАЦИЕНТА» в до и послеманипуляционный период для надёжного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса проводимого лечения, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях. «ПАЦИЕНТ» согласен, что его отказ от проведения фото- и видеопотоколирования снимает ответственность с «ИСПОЛНИТЕЛЯ» за эстетический результат предоставленных услуг и подтверждает, что «ПАЦИЕНТ» не имеет претензий к эстетической составляющей предоставленных ему услуг в связи с отсутствием визуального подтверждения динамики проводимого лечения. «ПАЦИЕНТ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» самостоятельно определяет сюжет фото- и видеосъемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. «ПАЦИЕНТ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, продолжительность их использования и способы их редактирования. «ПАЦИЕНТ» согласен, что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует письменного согласия «ПАЦИЕНТА» на обработку биометрических данных.
10. Срок хранения персональных данных «ПАЦИЕНТА» составляет пять лет после утраты необходимости в достижении целей их обработки, указанных в п. 2. настоящего Согласия.
11. В целях, указанных в п. 2. настоящего Согласия, «ПАЦИЕНТ» по поручению «ИСПОЛНИТЕЛЯ» соглашается на передачу персональных данных в организации, с которыми у «ИСПОЛНИТЕЛЯ» заключён Договор взаимного сотрудничества. «ПАЦИЕНТ» признает и подтверждает, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных п. 2. настоящего Согласия целей, «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе в необходимом объёме передавать персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие персональные данные «ПАЦИЕНТА». В прочих случаях передача персональных данных «ПАЦИЕНТА» иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия «ПАЦИЕНТА», за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.
12. Настоящее согласие дано «ПАЦИЕНТОМ» и действует в течение срока действия договора на предоставление медицинских услуг, заключённого с «ИСПОЛНИТЕЛЕМ».
13. «ПАЦИЕНТ» оставляет за собой право **отозвать** своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено «ПАЦИЕНТОМ» в адрес «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю «ИСПОЛНИТЕЛЯ».
14. В случае получения письменного заявления «ПАЦИЕНТА» об отзыве согласия на обработку персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате предоставленных «ПАЦИЕНТУ» до этого медицинских услуг.

РЕКВИЗИТЫ «ПАЦИЕНТА»

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/

Адрес регистрации:

Подпись

(Подпись) (Фамилия, инициалы)

«_____» _____ 20 ____ г.