

## Добровольное согласие

Я, \_\_\_\_\_

<p><u>согласен (-на) / не согласен (-на)</u> (ненужное зачеркнуть)</p>	<p>на оказание платных медицинских услуг ООО «БизнесНорд». Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения необходимо исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей и/или медицинских работников (специалистов). Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом и/или медицинским работником выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «БизнесНорд».</p>
<p><u>согласен (-на) / не согласен (-на)</u> (ненужное зачеркнуть)</p>	<p>на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных в целях оказания мне медицинских услуг, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, электронная почта, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса обязательного медицинского страхования или дополнительного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она: - необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; - осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.</p>
<p><u>согласен (-на) / не согласен (-на)</u> (ненужное зачеркнуть)</p>	<p>на фото и видеодокументирование лечения и/или процедуры, которые могут быть использованы для научных, учебных целях, размещены как материал на сайте ООО «БизнесНорд», но не будут нарушать моих конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.</p>

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись Заказчика (Пациента) \_\_\_\_\_