

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ФОТОГРАФИРОВАНИЕ ПЕРЕД, ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Я, нижеподписавшийся _____ ,

Паспорт _____ , в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на фотографирование анатомических зон моего тела перед, во время и после операции пластической хирургии в ООО «МЕДИКАЛ ПАРК» (далее-Центр), за исключением интимных зон, в медико-профилактических целях, при условии, что фотографирование осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам ООО "МЕДИКАЛ ПАРК" сохранять и передавать мои персональные данные, содержащие фотографии анатомических зон моего тела, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Центра, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Центру право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (фотографиями), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Центр вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Я оставляю за собой право в любом необходимом для меня случае требовать от Центра предоставления мне моих персональных данных (фотографий) в электронном виде и на бумажном носителе.

Настоящее согласие дано мной ____ . _____ . _____ г.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего на обработку персональных данных, Центр обязан прекратить их обработку в течение 7 дней с момента получения заявления.

Контактный телефон _____

Подпись субъекта персональных данных _____