

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ «COOKIES»

Физическое лицо, регистрируясь на сайте medentastar.ru, (далее – Веб-страница), принимает настоящее Соглашение на обработку персональных данных (далее – Соглашение). Принятием Соглашения является проставление Пользователем (или его законным представителем, если Пользователю менее 18 лет) в регистрационной форме (личном кабинете) символа в специальном поле перед заголовком «Я даю свое согласие на обработку персональных данных»; Действуя свободно, своей волей и в своем интересе, а также подтверждая свою дееспособность, физическое лицо дает свое согласие ООО «Медентастар» ИНН: 0277055539, адрес регистрации (450064, г. Уфа, ул. Космонавтов д.18 (далее - Оператор), которой принадлежит Веб-страница, на обработку своих персональных данных со следующими условиями:

1. Соглашение дается на обработку следующих персональных данных:
персональные данные, не являющиеся специальными или биометрическими: имя; адрес электронной почты; номер контактного телефона; сведения об используемом браузере; сведения о переходах по ссылкам в электронных письмах; сведения о месторасположении; сведения об IP-адресах, с которых пользователь открывает электронное письмо или web-страницу. Персональные данные не являются общедоступными.
2. Цель обработки персональных данных: записи на прием в медицинскую клинику, установления обратной связи, включая направление уведомлений, запросов, касающихся поданного обращения через форму обратной связи на сайте, контроля качества оказания услуг, обработки полученных запросов и заявок субъекта персональных данных, обеспечения работоспособности и практичности использования сайта, информирование о грядущих мероприятиях, рекламных акциях, услугах и

продуктах ООО «Медентастар» в рамках осуществления уставной деятельности.

3. В ходе обработки с персональными данными будут совершены следующие действия: сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; блокирование; удаление; уничтожение.
4. Персональные данные обрабатываются до достижения цели или до момента отзыва персональных данных.
5. Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных или его представителем в любое время путем направления письменного заявления Оператору или его представителю по адресу местонахождения 450064, г. Уфа, ул. Космонавтов д.18.
6. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.
7. Согласие действует все время до момента прекращения обработки персональных данных, указанных в п.4 и п.5 согласия.

Вы всегда можете просмотреть и изменить свои Персональные данные, отозвать согласие на обработку Персональных данных, а также отказаться от получения информации о товарах и акциях путем проставления в поле «Отказаться от подписки» либо направления письменного уведомления по адресу: 450064, г. Уфа, ул. Космонавтов, д.18 ООО «Медентастар» или скан письма по электронной почте: medentastar@mail.ru.

к Договору от « ____ » _____ № _____ об оказании медицинских (стоматологических) услуг

Согласие пациента на обработку персональных данных

Ф. И. О. полностью (представителя)

Ф. И. О. полностью ребёнка

Проживающий(ая) по адресу (по месту
регистрации): _____

Серия и номер паспорта _____ дата, название выдавшего органа _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «МЕДЕНТАСТАР» (далее Оператор) моих (моего ребенка) персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (моего ребенка) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору полное право осуществлять все действия (операции) с моими (моего ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои (моего ребенка) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими (моего ребенка) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС 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 лицом, обязанным сохранять персональную тайну. Подтверждаю свое согласие на осуществление Оператором видеосъемки во время оказания медицинских услуг, в целях контроля качества оказания услуг, и повышения уровня удовлетворенности «Пациента» качеством и сервисом оказываемой клиникой услуг. Оператор гарантирует конфиденциальность видеоматериала с «Пациентом». Срок хранения моих (моего ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих (моего ребенка) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) _____

Подпись субъекта (представителя) персональных данных _____