

В целях соблюдения требований и в соответствии со статьями 9,10 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», требованиями Общего регламента по защите данных Европейского Союза 2016/679 от 27.04.2016, а также требованиями Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "АМБУЛАТОРИЯ НАШ ДОКТОР", ОГРН 1177031083360, место нахождения: Россия, 634057, Томская область, г. Томск, ул. Карла Ильмера, д. 23, кв. 6. (далее – «Оператор»), а также администратором веб-сайта <http://nd70.ru/> и/или иными лицами, информация о которых представлена на веб-сайте <http://nd70.ru/> моих персональных данных, в том числе на обработку и хранение: фамилии, имени, отчества, контактных данных (адреса электронной почты, номера контактного телефона, адреса места жительства и адреса для корреспонденции), физиологических данных, данных о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но неисключительно, анамнез, диагноз и иные данные, полученные в ходе оказания медицинских и/или телемедицинских услуг), данных о случаях обращения за медицинской и/или телемедицинской помощью, перечне, сроках и объемах оказанных мне медицинских и/или телемедицинских услуг, моих фото- и видеоизображений, иных персональных данных, в целях оказания медицинских и/или телемедицинских услуг (далее – «Персональные данные»). Настоящим также даю свое согласие Оператору на фото- и видеосъемку, аудио- и видеозапись (в которых в том числе будут мои фото- и/или видеоизображения) сеансов при оказании мне медицинских и/или телемедицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне медицинских и/или телемедицинских услуг я предоставляю право работникам Оператора передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора и третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику оказываемых мне услуг и его уполномоченным представителям. Настоящим подтверждаю, что даю согласие на обработку вышеуказанных персональных данных лицам, уполномоченным Оператором осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, внесение в базу данных, обновление, изменение, передачу, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, исключительно в медицинских и/или телемедицинских целях в связи с медицинской, телемедицинской и технической необходимостью при условии соблюдения режима конфиденциальности в отношении обрабатываемых Персональных данных. Оператор проинформировал меня, и я согласен с тем, что я имею право знать цели обработки персональных данных, имею право на исправление, удаление персональных данных, право ограничивать обработку персональных данных. Я даю согласие на обработку персональных данных на весь срок хранения медицинской и/или телемедицинской документации. Оператор проинформировал меня, и я согласен с тем, что имею право отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.