

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Ф.И.О. {ФИО клиента} email: {Email клиента}
адрес регистрации {Адрес регистрации}
серия и номер паспорта, дата выдачи {Серия паспорта} {Номер паспорта} {Дата паспорта}
наименование органа, выдавшего паспорт {Паспорт, выдан}

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя своей волей и в своем интересе, даю ООО «Бьютисенс» (ОГРН: 1217700628166, ИНН: 7730272480, юридический адрес: 121087, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Филевский парк, пр-д Береговой, д. 5А, к. 7, помещ. 177) (далее – Оператор) согласие на обработку персональных данных на следующих условиях:

1. Оператор обрабатывает следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество; пол, возраст; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес места жительства; номер телефона; адрес электронной почты; семейное положение; социальное положение; место работы; должность; СНИЛС; ИНН; фотовидео изображение; реквизиты полиса ОМС; реквизиты полиса ДМС; сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи; сведения о состоянии здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболеваний (состояний), сведения об установленном диагнозе, о прогнозе развития заболеваний, методах оказания медицинской помощи; сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах; сведения о назначенных и отпущенных специализированных продуктах лечебного питания.
2. Оператор обрабатывает персональные данные с целью оказания субъекту персональных данных медицинских услуг.
3. Оператор обрабатывает персональные данные следующими способами: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение передача (предоставление, доступ).
4. Оператор обрабатывает персональные данные как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.
5. Оператор вправе предоставлять информацию, содержащую персональные данные, в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.
6. Оператор вправе поручить обработку персональных данных ООО «Уайклаентс» (ИНН 7708274185, ОГРН 5157746100716, юридический адрес: 127055, г. Москва, ул. Образцова, д. 4, стр.1, эт. 1-5, пом. 1-5) для целей записи Пользователя на получение услуг Оператора, направления информационных материалов и рассылки Пользователю в связи с получением услуг Оператора.
7. Оператор вправе обрабатывать персональные данные в целях уведомления субъекта персональных данных об услугах и акциях посредством телефонных звонков и текстовых сообщений, а также через информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» с использованием мессенджеров и социальных сетей по незащищенным каналам связи.

Согласна (-ен)

_____ {Инициалы клиента}
подпись расшифровка подписи

8. Согласие действует бессрочно с момента предоставления.

9. Субъект персональных данных (представитель субъекта персональных данных) вправе отозвать согласие путем направления Оператору заявления в простой письменной форме.

_____ {Инициалы клиента}
дата подпись расшифровка подписи

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, {ФИО клиента}
« {ДР} » {МР} {ГР} г. рождения, зарегистрированный по адресу:
{Адрес регистрации}
проживающий по адресу: {Адрес регистрации}
в отношении {ФИО клиента}
« {ДР} » {МР} {ГР} г. рождения, проживающего по адресу:
{Адрес регистрации}

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Бьютисенс», медицинским работником {ФИО Врача} в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ ФИО, контактный телефон

_____ ФИО, контактный телефон

_____ {ФИО клиента} {Телефон клиента}
подпись ФИО представителя, контактный телефон

_____ {ФИО Врача}
подпись ФИО врача

_____ {Текущая дата}
дата

СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

г. Москва

Зачем нужен этот документ?

Для того чтобы обеспечить Вам качественное медицинское обслуживание, мы используем современную медицинскую информационную систему. Эта система помогает нашим специалистам систематизировать данные, избавиться от бумажной волокиты и посвящать Вам максимум времени и сил. Система обслуживается сторонними организациями, которые гарантируют безопасность и конфиденциальность Ваших данных, хранящихся на их серверах. Однако, в соответствии с законодательством, любые сведения о Вашем здоровье, диагностике и лечении являются врачебной тайной. Поэтому мы обязаны получить Ваше письменное согласие на передачу таких данных для их обработки в системе (в соответствии с ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Что это значит для Вас?

— Ваши данные защищены. Все сведения хранятся и передаются в зашифрованном виде, доступ к ним имеют только уполномоченные лица. Мы гарантируем конфиденциальность Вашей информации.
— Данные передаются только для нужд Вашего лечения. Никто не будет использовать Вашу информацию без необходимости.

Согласие действует бессрочно с момента предоставления.

Кому Вы даете это согласие?

Мы — клиника косметологии BEAUTYSENSE.

Наши реквизиты: ООО «Бьютисенс», ОГРН: 1217700628166; ИНН: 7730272480; КПП: 773001001, адрес: 121087, г. Москва, пр-д Береговой, д. 5А, к. 7, помещ. 177.

Кому могут передаваться данные?

ООО «Уайклаентс» (yclients.com — система для записи клиентов)

Реквизиты: ИНН 7708274185, ОГРН 5157746100716, юридический адрес: 127055, г. Москва, ул.

Образцова, д. 4, стр.1, эт. 1-5, пом. 1-5.

Какие данные передаются?

Сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе и иные сведения, полученные от Вас в ходе оказания услуг.

Укажите, пожалуйста, свои данные:

Ф.И.О. {ФИО клиента} email: {Email клиента}
адрес регистрации {Адрес регистрации}
серия и номер паспорта, дата выдачи {Серия паспорта} {Номер паспорта} {Дата паспорта}
наименование органа, выдавшего паспорт {Паспорт, выдан}

Если у Вас возникли вопросы, мы с удовольствием ответим на них перед подписанием согласия. Для подтверждения того, что Вы поняли содержание этого документа и даете свое согласие, поставьте, пожалуйста, подпись ниже и в правом нижнем углу на первой странице.

Согласна (-ен) _____ {Инициалы клиента}
подпись расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ

Я, Ф.И.О. {ФИО клиента} email: {Email клиента}
адрес регистрации {Адрес регистрации}
серия и номер паспорта, дата выдачи {Серия паспорта} {Номер паспорта} {Дата паспорта}
наименование органа, выдавшего паспорт {Паспорт, выдан}

руководствуясь п. 1 ст. 152.1 Гражданского кодекса РФ, даю согласие на безвозмездную фото- и видеосъемку и дальнейшее использование моих изображений в рекламных, информационных и иных материалах ООО «Бьютисенс» (ОГРН: 1217700628166, ИНН: 7730272480, юридический адрес: 121087, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Филевский парк, пр-д Береговой, д. 5А, к. 7, помещ. 177, далее — Правообладатель) на следующих условиях:

1. Правообладатель вправе обнародовать и в дальнейшем использовать мои изображения (полностью или фрагментарно), полученные в процессе осуществления фото- и видеосъемки силами Исполнителя в период после заключения договора об оказании платных медицинских услуг от {Дата договора} №{Номер договора} (до, во время и после оказания мне медицинских услуг).

2. Правообладатель вправе использовать изображения путем их размещения в печатных изданиях, в сети Интернет, включая размещение изображений в социальных сетях и на официальном сайте Правообладателя.

3. В той мере, в какой мои изображения (формат изображения, обстоятельства съемки, источник, в котором происходит размещение изображения) свидетельствуют о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья, диагнозе и об иных сведениях, полученных при медицинском обследовании и лечении, я даю согласие на разглашение Правообладателем врачебной тайны по смыслу ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Согласна (-ен) _____ {Инициалы клиента}
подпись расшифровка подписи

4. Настоящее согласие действует до момента его отзыва.

{Текущая дата} _____ {Инициалы клиента}
дата подпись расшифровка подписи

