

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных: _____
(Ф.И.О. полностью), основной документ, удостоверяющий личность: _____
_____ (наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган), зарегистрированного(-ой) по адресу: _____, в лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных) _____ (Ф.И.О. полностью), основной документ, удостоверяющий личность: _____ (наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган), зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, _____ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных ОБЩЕСТВУ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «БОСТОНСКИЙ ИНСТИТУТ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» (ОГРН 1147746685767, ИНН 7713790146), зарегистрированным в соответствии с законодательством РФ по адресу: 127411, г. Москва, ул. Яхромская, д. 3, эт. 2, пом. II, ком. 2, с целью:

- заключение, исполнение и прекращение гражданско-правовых договоров.
- проведение маркетинговых исследований
- информирование об акциях и иных мероприятиях, определяемых Оператором.
- предоставление доступа Пользователю к сервисам, информации и/или материалам, содержащимся на веб-сайте <https://bostoninst-clinic.ru/>

Также даю согласие Оператору право направлять Пользователю уведомления о новых продуктах и услугах, специальных предложениях и различных событиях. Пользователь всегда может отказаться от получения информационных сообщений, направив Оператору письмо на адрес электронной почты info@bostoninst.ru с пометкой «Отказ от уведомлений о новых продуктах и услугах и специальных предложениях».

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество; электронный адрес; номера телефонов; год, месяц, дата и место рождения; фотографии; реквизиты документа, удостоверяющего личность; идентификационный номер налогоплательщика, дата постановки его на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе; номер свидетельства обязательного пенсионного страхования, дата регистрации в системе обязательного пенсионного страхования; адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и/или по месту пребывания; сведения об образовании, профессии, специальности и квалификации, реквизиты документов об образовании; сведения о семейном положении и составе семьи; сведения об имущественном положении; сведения о доходах; сведения о задолженности.

Также в ходе профессиональной деятельности Оператора согласие на обработку следующих персональных данных: данные полиса ОМС (или ДМС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» 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.

Разрешаю оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

В связи с тем, что Оператор может осуществлять обработку моих персональных данных посредством программы для ЭВМ:

1. «Сквозная аналитика call touch», даю согласие Оператору на осуществление соответствующего поручения ООО «Колтач Солюшнс», (ОГРН 1157746673040), зарегистрированному по адресу: 127018, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный округ Бутырский, ул. Складочная, д. 1 стр. 9, помещ. 3/1.

2. «UIS», даю согласие Оператору на осуществление соответствующего поручения ООО «Новосистем», (ОГРН:1037739054682), зарегистрированному по адресу: 117638, г. Москва, ул. Одесская, д. 2, к/э/п с/17/21Н.

3. «МИС DentalPRO», даю согласие Оператору на осуществление соответствующего поручения ООО «Дион Софт», (ОГРН: 1211600006287), зарегистрированному по адресу: 420500, Республика Татарстан, м. р-н Верхнеуслонский, г. п. город Иннополис, г. Иннополис, ул. Университетская, д. 7, помещ. 503.

Согласие действует бессрочно. Субъект персональных данных вправе отозвать настоящее согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом оператора.

С полным текстом политики обработки персональных данных Оператором размещенным

<https://bostoninst-clinic.ru/pravovaya-informacziya-biem/#politika-obrabotki-personalnyh-dannyh> ознакомлен (-а).

Приложение:

Доверенность представителя (иные документы, подтверждающие полномочия представителя) от "___" _____ г. № ___ (если согласие подписывается представителем субъекта персональных данных).

Субъект персональных данных (представитель):

_____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ г.
