Согласие на обработку персональных данных

Я, *ФИО* зарегистрирован(а) по адресу: *адрес*, паспорт *серия, номер*, выдан *кем, дата выдачи* настоящим даю согласие на обработку ООО «КЛЕВЕРДЕНТ» (далее Учреждение) моих персональных данных, в целях создания условий на получение медицинской помощи и осуществления контроля над ее объемом и качеством.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, номер полиса ОМС (ДМС), домашний и мобильный телефоны, место работы, место жительства и другие персональные данные, полученные ООО «КЛЕВЕРДЕНТ» при оказании медицинской помощи.

Настоящим предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в случае официального запроса в интересах пациента), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Учреждение вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие действует бессрочно, если иное не указано ниже, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Учреждения соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Учреждения.