СОНАР
медицинский центр

г. Улан-Удэ, ул. Ермаковская, 32
г. Улан-Удэ, ул. Хоца Намсараева 2Б
г. Улан-Удэ, ул. Калашникова 11Б
тел.: 8-(3012)-58-58-90, 8-(3012)-58-57-37
http://sonarmed.ru/

СОГЛАСИЕНА ВИДЕОНАБЛЮДЕНИЕ И СБОР ИНФОРМАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ ВИДЕОНАБЛЮДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ НАХОЖДЕНИЯ (ВКЛЮЧАЯ ВРЕМЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

Я, Наконечная Светлана Валерьевна (Ф.И.О. субъекта персональных данных), в соответствии с ч. 4 ст. 9, ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", зарегистрированпо адресу: , документ, удостоверяющий личность: паспорт серия № выдан «» г. (наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе),ознакомлен(а) что в ООО «Медицинский центр Сонар» ведется открытое видеонаблюдение при помощи видеокамер, расположенных в следующих помещениях организации: в фойе, в коридорах, во врачебных кабинетах (за исключением санузлов). Я даю свое письменное согласие на осуществление видеосъемки меня или (ФИО), законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть). ООО «Медицинский центр Сонар» адреса осуществления медицинской деятельности: г.Улан-Удэ ул. Ермаковская 32, г.Улан-Удэ ул. Хоца-Намсараева 2Б. Я даю согласие Операторуна обработку и использование видеоматериалов исключительно в следующих целях:соблюдения законных интересов пациентов;обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг;осуществления контроля качества оказываемых медицинских услуг;предотвращения возможных действий противоправного характера;обеспечения безопасности и недопущения нанесения ущерба здоровью пациентов исотрудников организации;наблюдения за техническим состоянием помещений организации.

Операторгарантирует, что полученные данные видеонаблюдениястрого конфиденциальны, будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты. Их нельзя использовать способами, порочащими мою честь, достоинство и деловую репутацию.Сбор видео материалов неведется с целью идентификации субъекта персональных данных.Полученные данные видеонаблюдения могут быть использованы до дня отзыва настоящего согласия в письменной без выплаты мне вознаграждения.

Я согласен/согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мнеразъяснены и понятны и добровольно даю своё согласие на ограничение моей приватности (правананеприкосновенностьчастнойжизни)вовремянахожденияв организации посредствомвидеонаблюдения, сбора и хранения данныхвидеонаблюдения и подтверждаю это своей подписью.

В случае отзыва согласия на обработку персональных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных впунктах 2-11 части 1 статьи 6,части 2 статьи 10ичасти 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".Согласие вступает в силу со дня его подписания.

● _____

(подпись пациента)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, Наконечная Светлана Валерьевна (Ф.И.О. субъекта персональных данных), в соответствии с ч. 4 ст. 9, ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", зарегистрирован по адресу: , документ, удостоверяющий личность: : паспорт серия № выдан «» г. (наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе).

Во исполнение Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие Исполнителю на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, дата рождения, место рождения, адрес места жительства, место работы, должность, номер паспорта, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе, код подразделения, номера телефонов, электронный адрес, ИНН, в целях исполнения настоящего договора и законодательства Российской Федерации.

Данное согласие действует до даты письменного отзыва.

● _____

(подпись пациента)

Дата: «__» _____ 20___ г.