

**СОГЛАСИЕ**  
**представителя пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество представителя)

\_\_\_\_\_  
(серия и номер паспорта представителя, когда и кем выдан)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации представителя)  
являясь законным представителем (представителем) пациента \_\_\_\_\_  
(не нужно зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество, пациента)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность пациента (серия, номер, кем и когда выдан))

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации пациента)

действуя свободно и в интересе пациента даю согласие ООО «Стоматологическая Клиника СТОЛЫГИН», зарегистрированному по адресу: г. Иваново, ул. Кузнечная, д.38, пом.1 на обработку следующих персональных данных пациента:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения и адрес регистрации и фактического проживания;
- сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- номер телефона;
- информация, содержащаяся в медицинской документации, в том числе сведения из информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и из отказа от медицинского вмешательства;

**СОГЛАСИЕ**  
**представителя пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество представителя)

\_\_\_\_\_  
(серия и номер паспорта представителя, когда и кем выдан)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации представителя)  
являясь законным представителем (представителем) пациента \_\_\_\_\_  
(не нужно зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество, пациента)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность пациента (серия, номер, кем и когда выдан))

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации пациента)

действуя свободно и в интересе пациента даю согласие ООО «Стоматологическая Клиника СТОЛЫГИН», зарегистрированному по адресу: г. Иваново, ул. Кузнечная, д.38, пом.1 на обработку следующих персональных данных пациента:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения и адрес регистрации и фактического проживания;
- сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- номер телефона;
- информация, содержащаяся в медицинской документации, в том числе сведения из информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и из отказа от медицинского вмешательства;

- фото- и видеоизображение лица или части лица до, во время и после лечения (далее – фотографии), в том числе фотографии лица в фас и в профиль; фотографии полости рта, включая находящуюся в ней съемную и несъемную аппаратуру; фотографии зубных рядов и зубов, включая их аномалии; а также данные, полученные в результате конусно-лучевой компьютерной томографии, телерадиографии и ортопантомографии челюстей, а также на обработку следующих персональных данных представителя пациента:

- фамилия, имя, отчество, адрес регистрации и фактического проживания;
- сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- номер телефона;
- реквизиты доверенности.

Перечень действий, осуществляемых с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: обработку вышеперечисленных персональных данных без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных осуществляется в целях оказания пациенту медицинской помощи, исполнения заключенного договора на оказание платных медицинских услуг и при разрешении спорных вопросов, в том числе в судебном порядке.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва путем подачи письменного заявления в ООО «Стоматологическая Клиника СТОЛЫГИН».

Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя (законного представителя): \_\_\_\_\_

(наименование документа, его номер, кем и когда выдан)

Представитель пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

- фото- и видеоизображение лица или части лица до, во время и после лечения (далее – фотографии), в том числе фотографии лица в фас и в профиль; фотографии полости рта, включая находящуюся в ней съемную и несъемную аппаратуру; фотографии зубных рядов и зубов, включая их аномалии; а также данные, полученные в результате конусно-лучевой компьютерной томографии, телерадиографии и ортопантомографии челюстей, а также на обработку следующих персональных данных представителя пациента:

- фамилия, имя, отчество, адрес регистрации и фактического проживания;
- сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- номер телефона;
- реквизиты доверенности.

Перечень действий, осуществляемых с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: обработку вышеперечисленных персональных данных без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных осуществляется в целях оказания пациенту медицинской помощи, исполнения заключенного договора на оказание платных медицинских услуг и при разрешении спорных вопросов, в том числе в судебном порядке.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва путем подачи письменного заявления в ООО «Стоматологическая Клиника СТОЛЫГИН».

Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя (законного представителя): \_\_\_\_\_

(наименование документа, его номер, кем и когда выдан)

Представитель пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года