

Уведомление

Настоящим Уведомлением ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ПЕРФЕКТО СКИН", в лице генерального директора Удовидченко Андрея Сергеевича действующего на основании Устава, в соответствии с п. 24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утверждённых Постановлением Правительства Российской Федерации № 736 от 11.05.2023 г., до заключения представленного ниже «Договора на предоставление (оказание) платных медицинских услуг» в письменной форме уведомляет гражданина(-ку)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации ООО "ПЕРФЕКТО СКИН" (в лице медицинского(-их) работника(-ов), предоставляющего(-их) оказывающего(-их)) платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой (оказываемой) платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья).

ООО "ПЕРФЕКТО СКИН" также уведомляет о том, что не предоставляет (не оказывает) услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и/или территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Дата:

✓ _____

Приложение 2

Согласие на обработку персональных данных

(Ф.И.О. полностью)
 проживающий по адресу
 (по месту регистрации)
 паспорт (серия, номер, дата выдачи)

наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "ПЕРФЕКТО СКИН" (далее - Оператор) моих персональных данных и данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы)

Подпись субъекта персональных данных ✓ _____