

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь пациентом клиники «Dental Medica» (ООО «Дентима Нск»)

**принимаю решение о предоставлении** моихперсональных данных и согласно статье 9 ФЗ РФ от 27.07.2006г. «О персональных данных» N152-ФЗ свободно, своей волей и в своем интересе с целью обследования и лечения **даю свое согласие** на их обработку с правом совершения следующих действий: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, в том числе с использование средств автоматизации;

* а также в соответствии со ст. 44.1. ФЗ РФ от 07.07.2014г. «О связи» N126-ФЗ и ст.18 Фз РФ от 13.03.2006г. «О рекламе» N38-ФЗ **даю свое согласие на получение информации** по каналам связи от клиники «Dental Medica» (далее-Клиника), в т.ч. в виде SMS рассылки, о специальных предложениях , с напоминанием о приеме врача и т.п.;
* для планирования и проведения лечения я **разрешаю** фото- и видеосъемку ротовой полости и проводимых манипуляций, хранение полученных материалов и их использование в научных целях (без указания ФИО).

 Настоящее согласие выдано без ограничения срока его действия, может быть мною отозвано в письменной форме.

Я подтверждаю, что все указанные мною данные верны.

Настоящее согласие дано мной лично «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Подпись ✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 В соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 4.10.2012г. N1006 настоящим уведомляем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя**.**

Ознакомлен «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Пациент ✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/