

**INFORMED VOLUNTARY CONSENT
for personal data processing
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

I (Я), _____,
(last name, first name, patronymic of a personal data owner/ фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

pursuant to Article 9, Clause 4 Article 9, Clause 1 Part 2 Article 10, Part 1 Article 11 of the Federal Law No. 152-FZ "On Personal Data" dd. 27.07.2006, residing at the address:	в соответствии со ст. 9, п. 4 ст. 9, п. 1 ч. 2 ст. 10, ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрированный (ая) по адресу:
--	---

(registered address/ адрес регистрации)

holder of identification document:	документ, удостоверяющий личность:
------------------------------------	------------------------------------

(name of a document, its number, information on a date of issue of a document and an issuing authority / наименование документа, его номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

<p>do hereby give my consent to the Limited Liability Company "GMS Dental" (OGRN (Primary State Registration Number) 5147746196824, INN (Taxpayer Identification Number)/KPP (Tax Registration Reason Code) 7704876277/770401001) located at the address: 121099, Moscow, 1st Nikoloschepovsky per., h. 6, bldg.1 (hereinafter referred to as the "Operator"), for processing of my personal data that contain: last name, first name, patronymic, year, month, date and place of birth, address, family status, contact telephone number(s), biometric personal data, data related to condition of my health, intimacy, diseases, medical treated cases, for the purpose of determining medical diagnosis, rendering medical and medical and social services and for other medical prophylactic purposes, provided that the processing thereof is performed by a person that practices medical aid based on the professional standards and is liable to keep the patient confidentiality.</p> <p>In the process of rendering the medical aid to me by the Operator, I grant to healthcare professionals the right to provide my personal data that contain information making the patient confidentiality to other officials of the Operator, for the benefit of my medical screening and treatment.</p> <p>I grant to the Operator the right to perform any actions (operations) with my personal data, including collection, record, systematization, accumulation, storage, clarification (update, change), extraction, usage, transfer (distribution, provision, access), blockage, removal, deletion of the personal data. The Operator has the right to process my personal data by entering into the electronic database, inclusion in lists (registers) and reporting forms stipulated by documents regulating provision of reporting data (documents).</p> <p>The Operator has the right, for fulfillment of its</p>	<p>даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ДЖИ ЭМ ЭС ДЕНТАЛ» (ОГРН 5147746196824, ИНН/КПП 7704876277/770401001), находящемуся по адресу: 121099, Москва, 1-й Николощеповский пер., д.6, стр.1 (далее - «Оператор») на обработку моих персональных данных, включающих в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, адрес, семейное положение, контактные телефон(ы), биометрические персональные данные, данные о состоянии моего здоровья, интимной жизни, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг и в иных медико-профилактических целях при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.</p> <p>В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.</p> <p>Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).</p>
--	--

obligations, to provide my personal data, data related to condition of my health, treatment and screening to experts of the clinic, authorities and organizations exercising the control over the quality of rendering the medical services to me with the use of computerized media, paper media of information or through communication channels, with compliance with measures securing their protection from an unauthorized access, provided that acceptance and processing thereof will be performed by a person liable to keep the professional secret.

The period of storage of my personal data corresponds to the period of storage of primary medical documents (medical history) and shall not exceed twenty-five years.

Transfer of my personal data to other persons or other disclosure thereof may be performed only with my written consent, unless otherwise is stipulated by the effective laws of Russia.

This consent shall remain in effect without time limit. I reserve the right to revoke my consent by execution of a respective written document that may be sent by me to the address of the Operator by post with return receipt requested or delivered by hand to the Operator's representative.

In case of a receipt of my written request to revoke this consent for processing of the personal data, the Operator shall cease processing thereof during a period of time necessary for completion of mutual settlements related to the payment of the medical aid provided to me beforehand.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств предоставлять мои персональные данные, данные о состоянии моего здоровья, лечения и обследования экспертам клиники, органам власти и организациям, осуществляющим контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. 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 мне до этого медицинской помощи.

This consent has been given by me / Настоящее согласие дано мной

(last name, first name, patronymic of a personal data owner/
фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

(signature of a personal data owner) /
(подпись субъекта персональных данных)

_____ 20__