



Общество с ограниченной ответственностью «АРНИКА»  
664023, Иркутская область, город Иркутск, ул. Ядринцева 90  
ОГРН 1143850026077, ИНН 3811180688, КПП 381101001  
тел. 8 (3952) 799-305  
e-mail: info@arnika-irk.ru, <https://arnika-irk.ru/>

---

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЕОНАБЛЮДЕНИЕ И СБОР ИНФОРМАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ ВИДЕОНАБЛЮДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ НАХОЖДЕНИЯ В ООО «АРНИКА»**

(на основании Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.7 ч.2 ст.10, п.4 ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных")

Я, \_\_\_\_\_, ознакомлен(а) с тем, что в ООО «Арника» (далее - Клиника) ведётся открытое видеонаблюдение с помощью видеокамер, расположенных в фойе аптеки и медицинского центра. Видеонаблюдение в ООО «Арника» проводится с целью:

- соблюдения законных интересов пациентов;
- обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг;
- предотвращения возможных действий противоправного характера;
- обеспечения безопасности и недопущения нанесения ущерба здоровью пациентов и сотрудников Клиники;
- наблюдения за техническим состоянием помещений Клиники.

ООО «Арника» гарантирует, что полученные данные видеонаблюдения строго конфиденциальны, будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование. Сбор фото и видео материалов не ведется с целью идентификации субъекта персональных данных.

Я согласен/согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны и добровольно даю свое согласие на ограничение моей приватности (права на неприкосновенность частной жизни) во время нахождения в Клинике посредством видеонаблюдения, сбора и хранения данных видеонаблюдения и подтверждаю это своей подписью.

Пациент \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_