

WEBCEPH

Consentement à la collecte, à l'utilisation et à la fourniture d'informations personnelles et de santé

1. Consentement à la collecte et à l'utilisation d'informations personnelles

Informations personnelles du sujet du consentement	Nom Date de Naissance
Informations personnelles collectées et utilisées	[1] Etat Civil Nom, date de naissance, coordonnées (nom et coordonnées du représentant légal), adresse [2] Données personnelles de santé Détails de la prescription quotidienne, détails du diagnostic, photos et scans intra-oraux, photos des parties du visage
Objectif de la collecte et de l'utilisation des informations personnelles	Conseil, diagnostic et traitement liés à l'Orthopédie Dento-Faciale et à la Chirurgie Orthognatique Objet de la fourniture à AssembleCircle Co., Ltd. (Voir la section 2 ci-dessous)
Période de conservation et d'utilisation des informations personnelles	Vos informations personnelles seront conservées jusqu'à 10 ans à compter de la date de consentement ci-dessous, à moins que la personne qui recueille des informations personnelles ne soit tenue de conserver vos informations personnelles conformément aux lois applicables.
Droit de refuser le consentement et inconvénients ou restrictions du consentement	Vous avez le droit de refuser le consentement à la collecte et à l'utilisation des informations personnelles. Dans ce cas, il n'y a pas de préjudice, mais le conseil, le diagnostic et le traitement utilisant vos informations personnelles peuvent être limités.
Vos droits sur les informations personnelles	Vous pouvez demander à la personne qui a collecté vos informations personnelles de consulter, corriger ou supprimer vos informations personnelles à tout moment après le consentement ci-dessous, et vous pouvez retirer le consentement ci-dessous.

La personne (représentant légal) accepte la [1] collecte et l'utilisation des informations personnelles.

Oui Non

Je (représentant légal) accepte [2] la collecte et l'utilisation d'informations de santé.

Oui Non

2. Consentement à fournir des informations personnelles à un tiers

Ceux qui reçoivent des informations	AssembleCircle Co., Ltd
Informations personnelles à fournir	[1] Etat Civil Nom, date de naissance, sexe, coordonnées [2] Données personnelles de santé Détails du diagnostic, photos et scans intra-oraux, photos des parties du visage, radiographies
Finalité d'utilisation de la personne qui reçoit les informations	Fourniture d'informations pour les services d'analyse de données diagnostiques pour l'Orthopédie Dento-Faciale et la Chirurgie Orthognathique, Recherche et développement académiques et commerciaux et amélioration de dispositifs et services de diagnostic orthodontique d'intelligence artificielle
Période de conservation et d'utilisation des informations personnelles de la personne recevant les informations	Vous avez le droit de refuser le consentement à la fourniture d'informations personnelles à des tiers. Dans ce cas, il n'y a pas de préjudice, bien que la fourniture de services d'aide au diagnostic à l'aide du logiciel WebCeph peut être limitée.

WEBCEPH

Consentement à la collecte, à l'utilisation et à la fourniture d'informations personnelles et de santé

Vos droits sur les informations personnelles

Vous pouvez demander au tiers de consulter, corriger ou supprimer vos informations personnelles à tout moment après le consentement ci-dessous, et vous pouvez retirer le consentement ci-dessous.

Vos droits sur les informations personnelles

Vous pouvez demander au tiers de consulter, corriger ou supprimer vos informations personnelles à tout moment après le consentement ci-dessous, et vous pouvez retirer le consentement ci-dessous.

J'accepte (représentant légal) le service d'analyse des données de diagnostic orthodontique

[1] J'accepte la fourniture d'informations personnelles à un tiers. Oui Non

[2] J'accepte la fourniture d'informations personnelles de santé à un tiers. Oui Non

J'accepte (représentant légal) l'utilisation des données personnelles pour le service académique et commerciale de la société R&D, ainsi que pour l'amélioration des dispositifs d'intelligence artificielle de diagnostic orthodontique.

[1] J'accepte la fourniture d'informations personnelles à un tiers. Oui Non

[2] J'accepte la fourniture d'informations de santé à un tiers. Oui Non

J'accepte le traitement de mes informations personnelles par [] comme ci-dessus.

La date

Nom du patient (représentant ou tuteur):

Signature :