

## Уведомление и согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшейся (Ф.И.О. полностью) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью) \_\_\_\_\_ дата рождения.

На основании **п. 1 ст. 64** Семейного кодекса РФ (**п. 2. ст. 15** ФЗ от 24 апреля 2008 г. N 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"), даю свое согласие на обработку ООО «\_\_\_\_\_» (далее-Оператор) персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (недееспособного, подопечного) включающих его: фамилию, имя, отчество, пол, дату, рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи несовершеннолетнему (недееспособному), указанного выше, я предоставляю право медицинским работникам, передавать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах его обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции), с персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка (недееспособного, подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор, в праве обрабатывать его персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (недееспособного, подопечного), иным лицам или иное 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.

Даю свое согласие на передачу и обработку персональных данных несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_ дата рождения.

Настоящее соглашение дано мной «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя (опекуна) \_\_\_\_\_