



**информированного согласия законного
представителя несовершеннолетнего на обработку и передачу
персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

ГБУЗ ДС №47 ДЗМ, ИНН 5040053819

(наименование медицинского учреждения, ИНН, ОГРН, адрес)
Московская обл., Раменский район, п. Кратово, ул. Тимирязевская, д. 9

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
Дата рождения: « _____ » _____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации по месту жительства), фактически проживающий(ая)
по адресу: _____
(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность _____
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер,

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
СНИЛС _____, действующий(ая) в интересах
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)
несовершеннолетнего _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)
свидетельство о рождении (паспорт) _____
(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку _____ ГБУЗ ДС №47 ДЗМ
(наименование медицинской организации)
_____ ; расположенного(ой) по адресу(ам): _____
(адрес организации)
Московская обл., Раменский район, п. Кратово, ул. Тимирязевская, д. 9

(далее Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).