

от _____
(Ф.И.О. законного представителя)
зарегистрированного по адресу: _____

_____,
телефон: _____,
адрес электронной почты: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____

(номер основного документа, удостоверяющего личность законного
представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и
выдавшем его органе)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, действуя в интересах несовершеннолетнего _____

(Ф.И.О. и реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего)
" _____ " _____ 20 _____ года рождения, _____ что
подтверждается _____ от
" _____ " _____ г. № _____,

(реквизиты документа, подтверждающие статус родителя (законного представителя))

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие
Обществу с ограниченной ответственностью «МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО» (ОГРН 1177746205570, ИНН
7708311687) (далее - «Оператор») на обработку следующих персональных данных несовершеннолетнего
(далее – персональные данные):

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, адрес, контактные телефон(ы)
(домашний и мобильный), адрес электронной почты, тип документа, удостоверяющего личность, данные
документа, удостоверяющего личность, гражданство, данные о регистрации по месту проживания и данные о
фактическом месте проживания, фотография, данные страхового номера индивидуального лицевого счета,
профессия, место работы и должность, семейное положение, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях,
случаях обращения за медицинской помощью, о прохождении углубленных медицинских обследований и
медицинских осмотров, заключения врачей.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях установления медицинского диагноза,
оказания медицинских и медико-социальных услуг и в иных медико-профилактических целях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление всех действий (операции) в отношении
персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись,
систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование,
обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что Оператор осуществляет обработку персональных данных как
автоматизированным, так и неавтоматизированным способами. Оператор вправе обрабатывать персональные
данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные
формы, создаваемые в процессе деятельности Оператора.

Я согласен, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств предоставлять персональные
данные, в том числе данные о состоянии здоровья, лечения и обследования органам государственной власти и
организациям в рамках осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, а также в иных
случаях, предусмотренных законодательством РФ, с использованием машинных носителей, бумажных
носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных
данных от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует установленному действующим законодательством
РФ сроку хранения документов, составленных в отношении потребителя медицинских услуг.

Настоящее согласие действует с момента представления до момента достижения цели обработки
персональных данных. Я оставляю за собой право отозвать 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.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в своих интересах и
интересах несовершеннолетнего.

Настоящее согласие дано мной с подтверждением того, что указанные персональные данные проверены и внесены верно:

(ФИО законного представителя)

_____ / _____ 20__ г.
(подпись) (дата)