

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 передачу персональных данных несовершеннолетнего третьим лицам

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 «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛ» (ОГРН 1167746053749,
ИНН 7708278775 (далее - «Оператор») на передачу персональных данных несовершеннолетнего:
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, кодовое слово при его наличии, третьим лицам, список которых
указан на сайте по адресу: https://www.gmsclinic.ru/upload/docs/Perechen_tretikh_lits_hosp.pdf в целях оказания
медицинских услуг, включая проведение лабораторных анализов, направление или перевод в иные
медицинские организации; предоставления мне письменно и/или устно сведений, составляющих врачебную
тайну несовершеннолетнего, по указанным в настоящем согласии адресу электронной почты и номеру
телефона.

Оператор имеет право на передачу персональных данных третьим лицам с использованием машинных
носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер,
обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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.

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 в интересах несовершеннолетнего.

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

(ФИО законного представителя)

_____ / _____ **20** __ г.
(подпись)

(дата)