

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 «ГЛОБАЛ МЕДИКАЛ СИСТЕМ» (ОГРН
5147746196692, ИНН 7704876260 (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_smol.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)