

**Информированное согласие законного представителя несовершеннолетнего пациента
на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку
и передачу специальных категорий персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____ (ФИО, полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу: _____

адрес регистрации: _____

телефон: _____ электронная почта: _____

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, др.) _____
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью несовершеннолетнего пациента)

« _____ » _____ г.р., паспорт (свидетельство о рождении) серия _____ номер _____
(нужное подчеркнуть)

выдан (о) _____
(кем и когда выдан)

СНИЛС _____
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

проживающий (ая) по адресу: _____

адрес регистрации: _____

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку ООО ДСОК «Жемчужина», (далее – Оператор) персональных данных _____

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)

включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (проживания), контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, антропометрические и биометрические данные, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, справки и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные _____,
(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)

в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания медицинской помощи:

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных «Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), 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).

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: _____ на бумажных носителях, _____ в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных _____

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)
в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием медицинской помощи _____

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)
Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах обращения _____

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)
за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, следующим лицам:

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта
персональных данных

(подпись)

(расшифровка)

« _____ » _____ 202__ г.
(дата)