

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-ая) _____
(Фамилия, имя, отчество полностью родителей/законного представителя)

Проживающий(-ая) по адресу _____
(адрес по месту регистрации)

Паспорт _____ Выдан _____
(серия и номер) (дата) (название выдавшего органа)

(в случае опекуна указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)
являюсь законным представителем несовершеннолетнего

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего полностью)
приходящегося мне _____

зарегистрированного по адресу _____
(адрес по месту регистрации)

В соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «ДиаМед»**, находящимся по адресу **Ставропольский край, Труновский район, село Донское, ул. Солнечная 7 В**

(далее – Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Оператором медицинской помощи несовершеннолетнему я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные несовершеннолетнего, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего.

Предоставляю Оператору право осуществлять действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные несовершеннолетнего посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы,

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на обмен (прием и передачу) персональных данных несовершеннолетнего с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные несовершеннолетнего, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам _____

Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20___ г. и действует _____.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода 30 календарных дней.

Контактный телефон(-ы): _____ Адрес электронной почты _____

Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____

