

Для лиц, не достигших возраста 15 лет, и недееспособных граждан

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, документ, удостоверяющий личность: вид: _____, серия _____ № _____, выдан «__» _____ 201__ г. _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, иное лицо на основании нотариальной доверенности - нужное подчеркнуть) ребенка

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

(для детей с 14 до 15 лет - реквизиты документа, удостоверяющего личность)

на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **подтверждаю свое согласие** на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением "Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства" (далее — Оператор), находящемуся по адресу: г. Москва, ул. Большая Дорогомиловская, д.5 (далее — Оператор) персональных данных моих и представляемого мной ребенка, включающих: *фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью* — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором представляемому мной ребенку медицинских услуг **я предоставляю Оператору право:**

- 1) осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в органы и организации, указанные в настоящем согласии), обезличивание, блокирование, уничтожение;
- 2) использовать следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;
- 3) обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов);
- 4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с ФМБА России, организациями, подведомственными ФМБА России, со страховыми медицинскими организациями, организациями-заказчиками медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору на оказание платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, документов на бумажных носителях, 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.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

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

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

Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья представляемого мной ребенка (результаты обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на которые разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

Контактный телефон: +7 (_____) _____, e-mail: _____.

Подпись субъекта персональных данных (законного представителя): _____.

" ____ " _____ ____ г.
(дата оформления)