

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА (менее 18 лет)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,

проживающий(-ая) по адресу: _____
документ, удостоверяющий личность: _____,
(наименование документа, серия, номер)

(кем выдан, дата выдачи, код подразделения)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю Обществу с ограниченной ответственностью «Инмоскоу» (ОГРН 1177746775326, ИНН 9729112862, КПП 77260100, адрес места нахождения: 115191 г. Москва, ул. Большая Тульская, д.54, эт.1, пом.П, ком.24) – далее **Оператору конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку персональных данных субъекта персональных данных - Пациента, законным представителем которого я являюсь:**

(Ф.И.О. пациента)

(адрес регистрации пациента)

(реквизиты документа, подтверждающего личность пациента)

Полномочия законного представителя подтверждаются: _____

(указать реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

Перечень персональных данных Пациента, на обработку которых я, как законный представитель, даю согласие: фамилия, имя, отчество, гражданство, пол, возраст, дата и место рождения, серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, подробные реквизиты свидетельства о рождении (серия, номер, дата выдачи, наименование органа выдавшего документ), адрес фактического проживания, идентификационный номер налогоплательщика, номер телефона, место учебы/работы, должность, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС).

Согласно статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" я также даю согласие на обработку специальной категории персональных данных Пациента в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, при условии, что она осуществляется только лицами профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, в том числе: информацию об анамнезе, жалобах, состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о рекомендованных и проведенных диагностических мероприятиях, установленных диагнозах, назначенном и проведенном лечении, рекомендациях, принимаемых лекарственных препаратах.

Цель обработки персональных данных: оказание платных медицинских услуг и совершение действий, связанных с их оказанием или необходимых для их оказания Пациенту.

Перечень действий с персональными данными Пациента: я, как законный представитель Пациента, даю согласие на совершение действий с персональными данными Пациента, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» - обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии. Оператор вправе при обработке персональных данных Пациента, в частности, вносить их в электронную базу данных, передавать в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, включать в списки (реестры) и отчетные формы, осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с государственными организациями/органами и контролирующими органами, осуществлять иные действия во исполнение требований действующего законодательства, предъявляемыми к Оператору в связи с осуществлением им медицинской деятельности. В этом случае, прием и обработку должны осуществлять лица, обязанные сохранять профессиональную тайну, передача должна осуществляться с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение, чем предусмотрено настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного согласия с соблюдением требований действующего законодательства.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва.

Отзыв согласия полностью или частично осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение 10 календарных дней с даты получения моего письменного заявления. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации в течение всего срока, предусмотренного для хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) – 25 лет.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись Законного представителя)

(расшифровка подписи Законного представителя)