

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детский нефрологический санаторий № 9
Департамента здравоохранения города Москвы»**
107241, г. Москва, Черницынский проезд, дом 6 телефон/факс (495)469-36-56
ИНН 7718227120, КПП 771801001, ОГРН 1037739650761 эл. почта dsan9@zdrav.mos.ru

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ,
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____
(ФИО официального представителя)

Дата рождения: « ____ » _____ г.р., зарегистрированный по адресу:

адрес регистрации по месту жительства (по паспорту)

Фактически проживающий по адресу _____,
адрес проживания

Документ удостоверяющий личность: Паспорт серия _____ № _____
выдан (кем и когда) _____

СНИЛС _____, телефон для связи _____ являюсь законным
представителем, действующим в интересах несовершеннолетнего _____

(ФИО несовершеннолетнего (субъекта) полностью)

Свидетельство о рождении (паспорт) _____

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем документ)

на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ. для родителей. Для усыновителей «ст. ст. 64 п. 1, 137 п. 1 Семейного Кодекса РФ», опекуны – «ст. 15 п. 2 Федерального закона «Об опеке и попечительстве», попечители – «ст. 15 п. 3. Федерального закона «Об опеке и попечительстве» . В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональный данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ и Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», **даю своё согласие на обработку** Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Детский нефрологический санаторий № 9 Департамента здравоохранения города Москвы», расположенным по адресу : _____ (далее Оператор) , персональных данных несовершеннолетнего включающих перечисленные ниже категории персональных данных, при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами:

- фамилию, имя, отчество;
- пол;
- дату рождения;
- адрес места жительства;
- контактные телефоны;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС);

- СНИЛС;
- данные о состоянии здоровья;
- данные о заболеваниях;
- антропометрические и биометрические данные моего ребенка
- данные медицинской карты.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, а так же сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а так же договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (ДМС).

Предоставляю Оператору право на размещение, хранение, модификацию, безвозмездное использование, уничтожение фотографий и видеоизображений моего ребенка на стендах Оператора, в сети интернет на сайте Оператора, на сайте Департамента здравоохранения города Москвы, специальных сетях (_____).

Я разрешая предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Работодатель _____
 Супруг (а) _____
 Мать _____
 Отец _____
 Бабушка _____
 Дедушка _____
 Иные лица _____

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

Настоящее согласие дано мной с даты подписания и действует бессрочно.

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.

Подпись законного представителя _____
 _____ Подпись _____ расшифровка

Дата « _____ » _____ 20 _____ год

Заполняется, если законный представитель не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие, прочитано законному представителю вслух
 _____ (Ф.И.О.

 врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до законного представителя в доступной для него форме.

Заполнено в моем присутствии: _____,
 _____ Подпись _____ ФИО

удостоверяет, присутствующий при беседе врач (свидетель) _____
 _____ Подпись _____
 _____ Дата « _____ » _____ 20 _____ год

 ФИО, должность