

**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