

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя)

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(номер основного документа, удостоверяющего личность законного представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

### СОГЛАСИЕ

#### *на обработку персональных данных несовершеннолетнего*

Я, действуя в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего)  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ что  
подтверждается \_\_\_\_\_ от  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_,

(реквизиты документа, подтверждающие статус родителя (законного представителя))

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Прогресс-Мед» (ОГРН 1027707008075, ИНН 7707311846) (далее - «Оператор») на обработку следующих персональных данных несовершеннолетнего (далее – персональные данные):

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, адрес, контактные телефон(ы) (домашний и мобильный), адрес электронной почты, тип документа, удостоверяющего личность, данные документа, удостоверяющего личность, гражданство, данные о регистрации по месту проживания и данные о фактическом месте проживания, фотография, данные страхового номера индивидуального лицевого счета, профессия, место работы и должность, семейное положение, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, о прохождении углубленных медицинских обследований и медицинских осмотров, заключения врачей.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг и в иных медико-профилактических целях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление всех действий (операции) в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что Оператор осуществляет обработку персональных данных как автоматизированным, так и неавтоматизированным способами. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, создаваемые в процессе деятельности Оператора.

Я согласен, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств предоставлять персональные данные, в том числе данные о состоянии здоровья, лечения и обследования органам государственной власти и организациям в рамках осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ, с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует установленному действующим законодательством РФ сроку хранения документов, составленных в отношении потребителя медицинских услуг.

Настоящее согласие действует с момента представления до момента достижения цели обработки персональных данных. Я оставляю за собой право отозвать 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.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в своих интересах и интересах несовершеннолетнего.

Настоящее согласие дано мной с подтверждением того, что указанные персональные данные проверены и внесены верно:

---

(ФИО законного представителя)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (дата)