

СОГЛАСИЕ
законного представителя на обработку персональных данных
несовершеннолетнего пациента (15–18 лет)

Я, _____

(Ф.И.О. законного представителя полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

дата выдачи _____, код подразделения _____

адрес места жительства (прописка): _____

контактный телефон: _____

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью)

дата рождения: «_____» _____ г.

адрес места жительства (прописка): _____

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

дата выдачи _____, код подразделения _____

в соответствии со статьями 9, 10 и 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие медицинской организации: ООО «Лаборатория Здоровья» на обработку персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка.

Перечень персональных данных, на обработку которых даётся согласие:

- • фамилия, имя, отчество;
- • дата рождения;
- • пол;
- • данные документа, удостоверяющего личность;
- • адрес места жительства;
- • контактные данные;
- • данные полиса ОМС / ДМС (при наличии);
- • сведения о состоянии здоровья, диагнозах, результатах обследований и лечения;
- • иные сведения, необходимые для оказания медицинской помощи.

Цели обработки персональных данных:

- • оказание медицинских услуг;
- • оформление и ведение медицинской документации;

- • заключение и исполнение договора на оказание медицинских услуг;
- • расчёты за оказанные медицинские услуги;
- • взаимодействие с пациентом и его законным представителем;
- • выполнение требований законодательства Российской Федерации.

Обработка персональных данных может включать: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение персональных данных. Обработка может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования.

Согласие может быть отозвано законным представителем путем подачи письменного заявления в медицинскую организацию.

Срок действия согласия:

до достижения совершеннолетним возраста 18 лет

до « ____ » _____ г.

Подпись законного представителя: _____

Ф.И.О.: _____

Дата: « ____ » _____ г.

Подпись несовершеннолетнего пациента: _____

Ф.И.О.: _____

Дата: « ____ » _____ г.