



**СОГЛАСИЕ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА**

Я, представитель Пациента, _____,
(Ф.И.О. представителя полностью)
проживающий по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____,
(дата выдачи и название выдавшего органа)
на основании: _____
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента; реквизиты
доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)
представляющий интересы Пациента _____
(Ф.И.О. Пациента полностью)
проживающего по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку ООО «МЦ «ГИППОКРАТ», расположенному по адресу: ЯНАО, г. Новый Уренгой, проспект Губкина дом 28, (далее – Оператор), моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными (моими, представляемого мной лица), включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование; передачу кругу лиц, определенным соглашениями, и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях оказания медицинских услуг; обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать персональные данные (мои, представляемого мной лица) в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим лицам: должностным лицам и работникам Оператора, а также страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: Росздравнадзору, Роспотребнадзору, Минздраву, иным государственным органам.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до дня его отзыва. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Подпись представителя _____ / _____ / Дата _____