**Согласие**

**на передачу персональных данных несовершеннолетнего (подопечного) третьим лицам**

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата и название выдавшего органа),

 являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес фактической регистрации)

основной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_

 (серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа),

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 Обществу с ограниченной ответственностью «МиГ», расположенному по адресу: 165300, г. Котлас, Архангельская область, ул. Набережная, д. 14 (далее – Оператор), даю согласие н**а** передачу персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ третьим лицам (осуществлять обработку персональных данных по поручению оператора), включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, место рождения, контактные телефоны, реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), наименование образовательного учреждения, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию

- рабочие контактные данные законных представителей (домашний, мобильный);

- фамилию, имя, отчество законного представителя субъекта персональных данных, серия и номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи ему основного документа, удостоверяющего личность и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя

Я даю согласие на передачу вышеуказанных данных медицинским организациям, оказывающим услуги по заключенному между мной и ООО «МиГ» договору на оказание платных медицинских услуг. Перечень данных медицинских организаций(необходимо отметить нужное)

* ООО «Центр лабораторной диагностики», лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-35-01-002082 от 21.03.2016 г., выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области, юридический адрес: 160000, Вологодская область, г Вологда, ул Зосимовская, д 53-а, ИНН 3525146502, ОГРН 1053500006845;
* ООО «ДиаЛаб Плюс», лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-016336 от 05.07.2018г., выдана Департаментом здравоохранения города Москвы, юридический адрес: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 8,ИНН: 7728621567 ОГРН:5077746808530;
* ООО «НПФ «ХЕЛИКС», лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-23-01-014905 от 10.11.2020., выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, юридический адрес: 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр-кт, д. 20, Лит. А, ИНН 7802122535, ОГРН: 1027801545925;
* ООО «Центр лабораторной диагностики «Целди», лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-35-01-001132 от 29.11.2012 г., выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области, юридический адрес: 160000, Вологодская область, г Вологда, ул Зосимовская, д 53-а, ИНН 352287775, ОГРН: 1123525015877
* ГБУЗ Архангельской области «Котласская ЦГБ», лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-29-01-002962 от 07.10.2020, выдана Министерством здравоохранения Архангельской области, юридический адрес 165300, Россия, Архангельская область, Котласский район, г. Котлас, Мира пр-кт, д. 36, ИНН2904024841, ОГРН:1122904002000;
* ГБУЗ Архангельской области «Коряжемская городская больница», лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-29-01-002933 от 04.08.2020, выдана Министерством здравоохранения Архангельской области, юридический адрес 165650, Архангельская область, г. Коряжма, Архангельская ул., д.54, ИНН: 2905011820, ОГРН: 1122904002011;
* ООО «Элит-Дент», лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01176-11/00311178 от 24.01.2017 г. выдана Министрерством здравоохранения республики Коми, юридический адрес: 167000, Республика Коми, г Сыктывкар, Первомайская ул, стр. 149, офис 330, ИНН 1101080702, ОГРН 1161101057028

в медико-профилактических целях, в целях обследования и лечения моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) и с целью оказания ему медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие действует в течение трёх месяцев со дня его подписания либо до дня отзыва в письменной форме.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_