**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка (подопечного)**

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** на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «МиГ», расположенному по адресу: 165300, г. Котлас, Архангельская область, ул. Набережная, д. 14 (далее – Оператор), следующих персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

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), реквизиты справки МСЭ, наимеование образовательного учреждения, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию

- рабочие контактные данные родителей (домашний, мобильный);

- фамилия, 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

в целях:

в медико-профилактических целях, в целях медицинского диагноза и оказания медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку (подопечному) по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, при условии сохранения врачебной тайны,в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и безопасности моего ребенка в ходе оказания ему медицинских услуг; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь, в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи,

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с вышеуказанными персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

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.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС И ДМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, СФР, ФНС, ФСС, Росстату, Министерству здравоохранения Архангельской области(ЕГИСЗ МЗ).

Срок хранения персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной **«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.** и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного).

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расшифровка подписи