

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО В ЦЕЛЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____
(ФИО родителя или законного представителя)

документ, удостоверяющий личность:

(в случае опекуинства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

являясь законным представителем несовершеннолетнего

(ФИО несовершеннолетнего)

приходящегося мне, зарегистрированного по адресу: _____, даю свое согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка: Общество с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" (адрес: 119049, Москва, Ленинский проспект, д.2А ОГРН: 5157746173217) в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 –ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

Обработка персональных данных осуществляется для исполнения Договора оказания платных медицинских услуг (далее по тексту – «Договор»), в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи, посредством телефонных звонков и СМС. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: Фамилия, Имя, Отчество, данные документа удостоверяющего личность, день, месяц, год и место рождения, гражданство, адрес электронной почты, номер телефона, изображение гражданина, запись его голоса, информация о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, поставленном в рамках обращения в медицинские учреждения, сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах жизни и здоровья и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения Договора, к которому дается данное Согласие.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается данное Согласие: все действия с персональными данными необходимые для выполнения условий Договора, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передача персональных данных третьим лицам в медико-профилактических целях, в том числе для страховой компании, при условии, что это необходимо для исполнения Договора оказания платных медицинских услуг.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Выражаю свое СОГЛАСИЕ/НЕ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на получение от Общества с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" в лице уполномоченных сотрудников, рекламно-информационных рассылок, электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью выполнения условий Договора и информирования пациента о новостях клиники (акциях), о режиме работы клиники, графике работы врача, напоминании о записи к доктору и иной информации в рамках оказания платных медицинских услуг, в том числе на передачу соответствующей информации третьим (иным) лицам, привлекаемых по договору к исполнению, указанных действий.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

Адрес электронной почты представителя, для получения писем и медицинской документации от Общества с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" направляемых с почты okt@zdravclinic.ru :

_____, в случае если вы ответили согласием указать адрес электронной почты (желательно печатными буквами), если не согласием поставить прочерк.

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

подпись представителя

ФИО представителя