

## Согласие родителей на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя)

документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование серия и номер)

\_\_\_\_\_ (дата выдачи, организация выдавшая документ)

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку своих персональных данных, персональных данных моего ребенка ООО Клиникой «9 месяцев» (далее Клиника) включающих: моих персональные данные и данные о моем ребенке: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, адрес проживания, паспортные данные, контактный телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне Клиникой медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники, в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в список (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставления отчетных данных (документов).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия либо с письменного согласия иного законного представителя ребенка.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен, либо под расписку представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной моему ребенку до этого медицинской помощи.

Настоящим, я подтверждаю свое согласие на получение информации акциях и скидках путем SMS-информирования. Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Настоящим я даю свое согласие на направление мне на электронную почту \_\_\_\_\_ результатов лабораторных диагностических исследований и любых иных документов и информации (в том числе составляющих врачебную тайну), связанных с оказанием Клиникой медицинских услуг мне и/или моему ребенку. О возможной вероятности доступа других лиц к высланной информации предупрежден (на).

В случае изменения указанного в настоящем Согласии номера телефона и/или адреса электронной почты обязуюсь заблаговременно (не менее чем за 2 рабочих дня до даты изменения) письменно уведомить об этом Клинику путем подачи заявления на бумажном носителе с моей подписью, до получения Клиникой данного заявления указанные в настоящем Согласии номер телефона и адрес электронной почты прошу считать моими личными.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /