**Согласие на обработку персональных данных**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавший(-ая)ся | , | | |
|  | (фамилия, имя, отчество полностью родителя / законного представителя) | | |
| проживающий(-ая) по адресу | , | | |
|  | (адрес по месту регистрации) | | |
| паспорт |  | выдан |  |
|  | (серия и номер) |  | (дата) |
| , | | | |
| (название выдавшего органа) | | | |
|  | | | |
| (в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство) | | | |
| Являюсь законным представителем несовершеннолетнего | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество полностью несовершеннолетнего) | | | |
| приходящегося мне | , | | |
| зарегистрированного по адресу |  | | |
|  | (адрес по месту регистрации) | | |
| в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку | | | |
|  | | | |
| (название и адрес медицинской организации) | | | |
| персональных данных несовершеннолетнего, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания ООО «ИКАР-1» медицинской помощи несовершеннолетнему я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные несовершеннолетнего, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «ИКАР-1» в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего.  Предоставляю ООО «ИКАР-1» право осуществлять действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. ООО «ИКАР-1» вправе обрабатывать персональные данные несовершеннолетнего посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.  ООО «ИКАР-1» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными несовершеннолетнего со страховой медицинской организацией | | | |
|  | | | |
| (название страховой медицинской организации) | | | |
| и территориальным Фондом ОМС 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.  Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.  Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. и действует \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «ИКАР-1».  В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода 30 календарных дней. | | | |
| Контактный телефон(-ы): |  | | |
| Адрес электронной почты: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись законного представителя субъекта персональных данных |  |