ООО «Салон Ирина»

ИНН: 4205168724 ОГРН: 1084205021592

адрес: г. Кемерово, ул. Красноармейская 123, ул. Весенняя 21

Согласие законного представителя несовершеннолетнего на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Дата рождения: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:

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

(адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес проживания)

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

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

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер,

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

свидетельство о рождении (паспорт) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи

документа и выдавшем его органе)

В соответствии с требованиями [статьи 9](http://internet.garant.ru:443/document/redirect/12148567/9) Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ и [Федеральным законом](http://internet.garant.ru:443/document/redirect/12191967/0) от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку ООО «Салон Ирина», расположенной по адресам: г. Кемерово, ул. Красноармейская 123, ул. Весенняя 21, (далее Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку. Я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию,использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации.

 Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- Мать, отец

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

- Иные лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

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 Оператора.

 Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

Дата: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 Законный представитель подписался

в моем присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись врача) (расшифровка с указанием должности)