

## СОГЛАСИЕ

пациента на обработку своих персональных данных

Я, *(ФИО законного представителя)*, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего ребенка или лица, признанного недееспособным *(ФИО пациента, дата рождения, свидетельство о рождении/паспорт, адрес регистрации)*.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю своё согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Орловская Глазная Клиника». (302028, РФ, Орловская обл., г.Орел, ул.Гуртьева, дом 27, строение 2, пом.1 на обработку сведений, составляющих мои персональные данные, а так же персональные данные несовершеннолетнего, законным представителем которого я являюсь, а именно: 1) фамилия, имя, отчество; 2) пол; 3) дата рождения; 4) гражданство; 5) данные документа, удостоверяющего личность; 6) место жительства; 7) место регистрации; 8) дата регистрации; 9) анамнез; 10) диагноз; 11) сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; 12) вид оказанной медицинской помощи; 13) условия оказания медицинской помощи; 14) сроки оказания медицинской помощи; 15) объем оказанной медицинской помощи; 16) результат обращения за медицинской помощью; 17) сведения об оказанных медицинских услугах; 18) примененные стандарты медицинской помощи; 19) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу; 20) контактный телефон, адрес электронной почты. Предоставляю право осуществлять сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), анализ, хранение, использование, распространение, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, а также обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры и отчетные формы), в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего, законным представителем которого я являюсь.

Наделяю Общество с ограниченной ответственностью «Орловская Глазная Клиника» правом предоставления информации о моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего в порядке, установленном ФЗ №152 от 27.07.06 и в объеме, который необходим для выполнения функций государственными представителями или по официальному запросу с указанием мотивированной цели сбора информации.

Срок хранения моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия или с письменного согласия несовершеннолетнего при достижении им 18 – летнего возраста в отношении его персональных данных. Настоящее согласие действует бессрочно.

Предоставленные данные несовершеннолетнего и мои персональные данные должны быть уничтожены по моему письменному требованию или письменному требованию несовершеннолетнего при достижении им 18 – летнего возраста (в отношении его персональных данных) в течение 60 дней с даты получения требования об их уничтожении.

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Эл.почта: \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2020г.

/ (ФИО законного представителя) /.

(подпись)