

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
дата выдачи: \_\_\_\_\_

**являюсь законным представителем** (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)  
**ребёнка:** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)  
**свидетельство о рождении ребенка:** серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
кем выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_

**ребенок зарегистрирован по адресу:** \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

**Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку **обособленным структурным подразделением - Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России** (125412, г. Москва, ул. Талдомская д. 2) (далее - Оператор) персональных данных представляемого мной (сына, дочери, опекаемого) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.),  
включающих: 1) фамилию, имя, отчество; 2) пол; 3) дату рождения; 4) адрес места жительства, 5) контактные телефоны; 6) реквизиты паспорта (иного документа, удостоверяющего личность); 7) реквизиты полиса ОМС/ДМС, 8) страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); 9) место работы, учебы, 10) данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором **представляемому мной ребенку в возрасте до 15 лет** медицинских услуг

**Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:**

1) все действия (операции) с персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение;

2) следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;

3) обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг;

4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми медицинскими организациями, с которыми у оператора заключен договор, и ТФОМС, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

**Я УВЕДОМЛЕН**, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

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

**НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ** действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

**Я даю согласие / не даю согласие** (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья моего ребенка (результатов дополнительных методов обследования и др.) через защищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Телефон:** \_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Сведения в электронную базу данных внесены:**

**Оператор:** \_\_\_\_\_  
(подпись)

(Ф.И.О.)