

Согласие законных представителей несовершеннолетнего на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг и обработку персональных данных.

Я _____
(ф.и.о. физического лица)

« ____ » _____ года рождения, Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

« ____ » _____ года, зарегистрирован по адресу _____

телефон: + _____, e-mail: _____,

являюсь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть)

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

на основании (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного самоуправления – нужное подчеркнуть) _____

_____ (реквизиты документа, удостоверяющего полномочия)

В соответствии с требованиями п.1 ст.26 Гражданского кодекса Российской Федерации, даю свое согласие на заключение договора на проведение платных медицинских услуг между несовершеннолетним лицом в возрасте от 15 до 18 лет и ООО «ПлюсУльтра» (торговое название «AllWhite»).

Я, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, даю свое согласие на обработку персоналом ООО «ПлюсУльтра» персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), данные о состоянии своего здоровья, фото-, видео- и аудиоматериалы и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления по электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков, СМС и сообщений в мессенджерах, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты. Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о здоровье моего ребенка, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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 лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст.9 ФЗ N 152 «О персональных данных» Клиника имеет право продолжить обработку данных о здоровье моего ребенка в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст.13 ФЗ N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о здоровье моего ребенка, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокураторы, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Законный представитель _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

« ____ » _____ Г.
(дата оформления)