**Приложение 1 к приказу № 20 ООО «КСТ-ДВ» «об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг» от 01.01.2017г.**

 **Утверждаю**

 **Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **В.А. Рыбкис 01.01.2017г.**

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

г. Хабаровск [дата оформления]

Я,гражданин(ка) [фамилия имя отчество законного представителя несовершеннолетнего] [документ удостоверяющий личность законного представителя] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи], проживающий(ая) по адресу: [адрес], действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего], дата рождения [дата рождения несовершеннолетнего], [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи] даю обществу с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий-ДВ», его обособленным подразделениям и его группе лиц согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Настоящее согласие выдано без ограничения срока его действия. Под обработкой персональных данных я понимаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными. Под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне и к персональным данным несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] как к субъектам персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право передавать мои персональные данные и персональные данные несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего], содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения. Я предоставляю обществу с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий-ДВ», его обособленным подразделениям и его группе лиц право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Я предоставляю обществу с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий-ДВ», его обособленным подразделениям и его группе лиц обрабатывать мои персональные данные и персональные данные несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Общество с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий-ДВ», его обособленные подразделения и его группа лиц имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] персональными данными со страховой медицинской организацией 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. С порядком отзыва согласия на обработку персональных данных я ознакомлен(а).

Законный представитель: [подпись]