

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА И/ИЛИ  
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО  
ПАЦИЕНТА**

**на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных  
категорий персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и (при наличии) отчество, полностью)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

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

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

Этот раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, представитель по доверенности),  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения.,  
(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, дата рождения несовершеннолетнего)

свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдано: \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдано)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания несовершеннолетнего)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
(адрес постоянной регистрации несовершеннолетнего)

документ, подтверждающий полномочия законного представителя, не являющегося родителем  
(согласие/доверенность, акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя))

\_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области Московской области детский санаторий «Отдых» (далее - **Оператор**) моих (представляемого мной лица) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты свидетельства о рождении, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать указанные персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных государственной информационной системы "Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области" (далее - ЕМИАС МО), включение

в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между ЕМИАС МО и Порталом государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области, главным управлением ЗАГС Московской области, территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), Единой автоматизированной информационной системой "Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области" (ЕАИС СОЦ), Государственной информационной системой "Единая информационная система учета и мониторинга образовательных достижений обучающихся общеобразовательных организаций Московской области" (ГИС ИСУОД), федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных и электронных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных, в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений или писем на электронную почту по всем вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует установленному сроку хранения первичных медицинских и иных документов, связанных с оказанием предоставляемых услуг.

**Подпись субъекта персональных данных** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (расшифровка) (дата)

В соответствии статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", статьей 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации:

Я даю Оператору свое согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки меня, или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь.

Я даю согласие на обработку и использование фото и видеоматериалов (далее - материалы) исключительно в следующих целях:

- использование материалов в научной деятельности;
- использование материалов в рекламных целях, в том числе с целью повышения деловой репутации;
- использование полученных материалов в рекламных, информационных и иных публикациях, размещаемых на наружных и внутренних стендах Оператора, опубликованных в печатных изданиях, средствах массовой информации (далее - СМИ), в сети Интернет и т.п.

Согласие распространяется на все материалы, а именно фотографии, видеозаписи и др., полученные в процессе пребывания в санатории.

Я проинформирован(а), что могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования материалов. Вместе с тем понимаю, что после того, как материалы будут переданы на опубликование, отозвать согласие будет невозможно.

Я понимаю, что материалы могут быть доступны широкой общественности, включая СМИ. Я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня, или моего ребенка, или ребенка, законные интересы которого я представляю.

Я подтверждаю, что, давая согласие я действую по собственной воле.

Я информирован(а) о том, что обнародование и дальнейшее использование материалов с изображением меня, или моего ребенка, или ребенка, законные интересы которого я представляю допускается без моего согласия в случаях, когда изображение получено при съемке, которая проводится в местах, открытых для свободного посещения, или на публичных мероприятиях (собраниях, концертах, представлениях, спортивных соревнованиях и подобных массовых мероприятиях), за исключением случаев, когда такое изображение является основным объектом использования.

**Подпись субъекта персональных данных** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (расшифровка) (дата)