

**СОГЛАСИЕ  
законного представителя пациента  
на обработку персональных данных**

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Я (далее – Субъект), \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. законного представителя

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
вид документа

выдан \_\_\_\_\_,  
кем и когда

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

даю согласие СПб ГБУЗ «Детский психоневрологический санаторий «Комарово» (далее – Оператор) на обработку своих персональных данных, данных лиц, указанных в информированном согласии на лечение, и данных моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных исключительно в целях оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению по психоневрологическому профилю.
2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку: Ф.И.О.; пол; дата рождения; паспортные данные; адрес; номера телефонов; место учебы или ДДУ; место работы и должность; данные полиса ОМС; данные инвалидного удостоверения; медицинские сведения о пациенте, включая данные о наследственности, СНИЛС.
3. Субъект дает согласие на совершение, в том числе, следующих действий: сбор; систематизация; накопление; хранение; изменение; обновление; использование; обезличивание; блокирование; уничтожение; внесение в электронную базу данных, реестр, отчетные формы; передача между сотрудниками внутри медицинской организации и другим медицинским организациям в интересах обследования и лечения с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну; передача информации третьим лицам в случаях, установленных действующим законодательством, ст. 13 «Соблюдение врачебной тайны» ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Настоящее согласие действует в течение срока обязательного хранения медицинской документации (25 лет).
5. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных.
6. Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну и приносить передачи следующим лицам (Ф.И.О. полностью; паспорт - серия, номер, кем выдан, дата выдачи; номер телефона):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ /Подпись \_\_\_\_\_ /ФИО \_\_\_\_\_

Врач: ФИО \_\_\_\_\_ /Подпись \_\_\_\_\_