

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. паспорт серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
телефон контактный \_\_\_\_\_

в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Белая магия» (юридический адрес: 390044, Рязань, ул. Мервинская, д.69, офис Н6 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, а именно: в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, осуществляющим мое лечение, передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим медицинским работникам и должностным лицам Оператора, а также в другие лечебные учреждения, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оказанной мне до этого медицинской помощи, за исключением хранения, если срок хранения регулируется другими нормативно-правовыми актами.

Подпись субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего  
(недееспособного)**

Я, \_\_\_\_\_,  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_ являясь законным представителем  
(опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения на основании п. 1 ст. 64 Семейного кодекса РФ (п. 2. ст. 15 ФЗ от 24 апреля 2008 г. N 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"), настоящим даю свое согласие ООО «Белая магия» на обработку персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие :  
- фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол; адрес места жительства; учебное заведение или ДООУ, посещаемое несовершеннолетним; состояние здоровья; номер и серия полиса ДМС.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия оператор обязан прекратить обработку или обеспечить прекращение обработки персональных данных и уничтожить или обеспечить уничтожение персональных данных в срок, не превышающий 10 дней с даты поступления указанного отзыва. Об уничтожении персональных данных оператор обязан уведомить меня в письменной форме.

\_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
телефон контактный \_\_\_\_\_

в соответствии Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Медея плюс» (юридический адрес: 390044, Рязань, ул. Мервинская, д.25, офис Н4 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, а именно: в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, осуществляющим мое лечение, передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим медицинским работникам и должностным лицам Оператора, а также в другие лечебные учреждения, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оказанной мне до этого медицинской помощи, за исключением хранения, если срок хранения регулируется другими нормативно-правовыми актами.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего  
(недееспособного)**

Я, \_\_\_\_\_,  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_ являясь законным представителем  
(опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
года рождения на основании **п. 1 ст.64** Семейного кодекса РФ (**п. 2. ст.15** ФЗ от  
24 апреля 2008 г. N 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"), настоящим даю свое  
согласие ООО «Медея плюс» на обработку персональных данных моего  
несовершеннолетнего ребенка (подопечного), включая сбор, систематизацию,  
накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование,  
распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование,  
уничтожение персональных данных, с целью установления медицинского  
диагноза и оказания медицинских услуг

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие :  
- фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол; адрес места жительства;  
учебное заведение или ДООУ, посещаемое несовершеннолетним; состояние  
здоровья; номер и серия полиса ДМС.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно  
уведомив об этом оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего  
согласия оператор обязан прекратить обработку или обеспечить прекращение  
обработки персональных данных и уничтожить или обеспечить уничтожение  
персональных данных в срок, не превышающий 10 дней с даты поступления  
указанного отзыва. Об уничтожении персональных данных оператор обязан  
уведомить меня в письменной форме.

\_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_ г.