

**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ КЛИЕНТА НА ОБРАБОТКУ, ПЕРЕДАЧУ И ХРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я,

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. дата месяц год рождения

\_\_\_\_\_  
серия, номер, место и дата выдачи паспорта

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем как Клиент, приобретающий путевку детского оздоровительного отдыха в ООО ДСОК «Жемчужина России» г.Анапа, в интересах своего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своей волей, как законный представитель, письменное согласие считать на срок оказания комплекса услуг персональные данные моего ребенка, его родителей - общедоступными персональными данными.

К общедоступным персональным данным моего ребенка относятся только следующее:

фамилия, имя, отчество ребенка; адрес регистрации; номер паспорта/данные свидетельства о рождении, фамилия и имя, как они указаны в паспорте/свидетельстве о рождении; год, месяц, день рождения; пол.

фамилия, имя, отчество родителей; адрес регистрации; номер паспорта; фамилия и имя, как они указаны в паспорте; год, месяц, день рождения; пол.

В целях исполнения Договора к моим общедоступным персональным данным, на обработку которых я даю согласие, могут иметь доступ неограниченный круг лиц.

Я осведомлен и согласен, что указанные общедоступные данные могут ООО ДСОК «Жемчужина России» обрабатываться методом смешанный (в том числе автоматизированной) обработки, систематизироваться, храниться, распространяться и передаваться с использованием сети общего пользования Интернет третьим лицам.

Настоящее согласие мною дается на срок оказания комплекса услуг моему ребенку. Общество должно уничтожить содержание вышеуказанных персональных данных в информационной системе и на материальных носителях в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня окончания срока исковой давности по оказанным услугам, а если для документов, содержащих персональные данные, законодательством установлен срок их хранения, то в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня окончания срока их хранения, установленного законом. Я согласен, чтобы дополнительного уведомления об этих обстоятельствах мне не направлялось.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 года

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

" \_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_ " \_\_\_\_\_ г.