

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя))

регистрация по месту жительства по адресу: _____

регистрация по месту пребывания (при наличии): _____

документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие _____
(полное наименование медицинского учреждения)

расположенному по адресу: _____

на обработку моих персональных данных _____

(фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя))

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

Предоставляю _____
(полное наименование медицинского учреждения)

право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

(полное наименование медицинского учреждения)

вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе, передавать их в Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство здравоохранения Свердловской области.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

(дата)

(подпись)

(Фамилия И.О.)

Законный представитель гражданина (заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия):

(дата)

(подпись)

(Фамилия И.О.)