



Приказом главного врача ГБУЗ МО «МОЦОМД»
№ 345 от «26» декабря 2024 г. (Приложение №5 действует с
01.01.2025)

Г.Н. Мельник

М.п.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, _____,
(Ф.И.О. законного представителя полностью) проживающий по адресу:

_____,
контактный телефон _____, (адрес места жительства законного представителя) паспорт
серия _____ номер _____ выдан _____ «__» _____

_____ г., являюсь законным представителем субъекта персональных данных несовершеннолетнего
ребенка _____ (недееспособного _____, (ФИО

представляемого лица полностью) дата рождения «__» _____ года, зарегистрированного по
адресу: _____ в соответствии с требованиями
статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие
на обработку Государственным бюджетным учреждением Московской области «Московский областной
центр охраны материнства и детства» (ул. Мира, д. 6, г. Люберцы, Люберецкий район, Московская область,
140014) (далее – Оператор) персональных данных моих и представляемого мной лица, включающих:
фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, пол, гражданство и национальность; серию, номер паспорта,
иные паспортные данные, номер и серию свидетельства о рождении, иные данные свидетельства о рождении;
адрес проживания и регистрации, домашний и мобильный телефон, адрес электронной почты; профессию;
данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую
информацию – в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания
медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий (включая проведение
независимой экспертизы качества медицинской помощи), а также в целях организации внутреннего учета
Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором представляемому
мной лицу медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные
данные представляемого мной лица, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным
лицам Оператора, а также в другие медицинские организации в интересах его обследования, лечения,
экспертизы качества медицинской помощи, внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной
тайны, а также третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с
технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о
конфиденциальности обрабатываемых данных и мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного
доступа, Заказчику услуг и его уполномоченным представителям, в рамках договора с которым будут оказаны
услуги.

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

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

Настоящее согласие действует в течение неопределенного срока. Действие согласия прекращается на
основании письменного заявления, которое подписывается мною и вручается, либо направляется заказным
письмом с уведомлением о вручении Оператору. В случае получения моего письменного заявления об отзыве
настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Мне разъяснены и понятны права субъекта персональных данных. Настоящее согласие дано мной:
_____ (Ф.И.О. законного
представителя полностью, бланк заполняется законным представителем собственноручно с проставлением
подписи) Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах
представляемого, законным представителем которого являюсь.

"__" _____ г. _____ (дата оформления согласия) (подпись)

Несовершеннолетние в возрасте младше пятнадцати лет или больные наркоманией
несовершеннолетние в возрасте младше шестнадцати лет