ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

от родителя /законного представителя

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ « О персональных данных»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*ФИО)*

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(серия, номер) (когда и кем выдан)*

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

 *(адрес места жительства)*

являюсь родителем (законным представителем) ребенка (далее – Потребитель услуг),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,

  *( фамилия. имя, отчество и год рождения)*

зарегистрированному по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**даю свое согласие на обработку его (моих) персональных данных,**

с использованием средств автоматизации, а также без их использования в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских, спортивно-оздоровительных услуг, **услуг размещения санаторием-профилакторием ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина».**

 Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление, обезличивание, блокирование, уничтожение.

 В соответствии с данным согласием, мною может быть предоставлена для обработки следующая информация: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, номер телефона, адрес места жительства, сведения об основном месте работы, реквизиты полиса ОМС, ДМС, данные о состоянии здоровья при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

 Разрешаю использовать в качестве общедоступных персональных данных мои фамилию, имя, отчество в целях, указанных в настоящем согласии.

 Санаторий-профилакторий имеет право во исполнении своих обязательств по оказанию диагностики, лечения, оздоровления на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими компаниями, ФОМС, Государственным учреждением региональным отделением Фонда социального страхования, другими организациями (в соответствии с действующим законодательством) с использованием электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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

 Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано по моему письменному заявлению на имя главного врача санатория-профилактория, с указанием причин. При подаче заявления необходимо предъявить паспорт. В случае отзыва настоящего согласия, санаторий-профилакторий обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне медицинских услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

 (Ф.И.О.) подпись