**Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств, при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении**

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

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

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

являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении в «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» (лицензия № ЛО-66-01-005618 от 05.10.2018г)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;

3. Антропометрические исследования;

4. Термометрия;

5. Тонометрия;

6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

7. Медицинский массаж:

8. Лечебная физкультура;

9. Физиотерапия (аппаратная, теплолечение, водолечение, механотерапия, фитотерапия, ингаляции, спелеотерапия, гипокситерапия, озонотерапия, кислородотерапия, прием минеральной воды, бассейн)

Медицинским работником врачом –педиатром \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врачом-физиотерапевтом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=E826BB5CD651DB50A3155ADEC5C6C6032EB37720543B05EA1AA08D3F45C9DB2E0BF98CC7D8D213E2ED0AJ) 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).

Я поставила в известность врача-педиатра, врача-физиотерапевта обо всех проблемах с о здоровьем ребенка:

- индивидуальные особенности в питании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- индивидуальная непереносимость лекарственных средств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- необходимый постоянный прием лекарств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- имеющиеся у него вредные привычки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что несоблюдение врачебных рекомендаций ребенком может отрицательно сказаться на результатах лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=E826BB5CD651DB50A3155ADEC5C6C6032EB37720543B05EA1AA08D3F45C9DB2E0BF98CC7D8D213E0ED0CJ) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств, при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении**

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

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

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

являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении в «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» (лицензия № ЛО-66-01-005618 от 05.10.2018г)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;

3. Антропометрические исследования;

4. Термометрия;

5. Тонометрия;

6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

7. Медицинский массаж:

8. Лечебная физкультура;

9. Физиотерапия (аппаратная, теплолечение, водолечение, механотерапия, фитотерапия, ингаляции, спелеотерапия, гипокситерапия, озонотерапия, кислородотерапия, прием минеральной воды, бассейн)

Медицинским работником врачом –педиатром \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врачом-физиотерапевтом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=E826BB5CD651DB50A3155ADEC5C6C6032EB37720543B05EA1AA08D3F45C9DB2E0BF98CC7D8D213E2ED0AJ) 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).

Я поставила в известность врача-педиатра, врача-физиотерапевта обо всех проблемах с о здоровьем ребенка:

- индивидуальные особенности в питании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- индивидуальная непереносимость лекарственных средств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- необходимый постоянный прием лекарств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- имеющиеся у него вредные привычки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что несоблюдение врачебных рекомендаций ребенком может отрицательно сказаться на результатах лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=E826BB5CD651DB50A3155ADEC5C6C6032EB37720543B05EA1AA08D3F45C9DB2E0BF98CC7D8D213E0ED0CJ) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ**

**родителя (законного представителя) несовершеннолетнего**

**на фото- и видеосъемку, размещение фото- и видеоматериалов на информационных стендах, выставках и сайте**

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

*(ФИО родителя или законного представителя)*

паспорт серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь родителем (законным представителем) несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО несовершеннолетнего)*

приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по

адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю свое согласие на фото и видеосъемку (в одетом виде) несовершеннолетнего, чьи интересы я представляю на законном основании в «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» (лицензия № ЛО-66-01-005618 от 05.10.2018г):

- на официальном сайте и страницах соцсетей «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» (http://sanatory-vtagil.narod.ru, https://vk.com/goodsanatory, <https://vk.com/goodsanatory>, Инстаграмм)

- размещение на информационных стендах «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье»

- размещения на выставках «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье»

- размещения в печатных материалах, фотоотчетов с проведения мероприятий «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье»

Я информирован(а), что «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» производит обработку фото и видеоматериалов несовершеннолетнего в соответствии с интересами СОЛ и в рамках соблюдения интересов несовершеннолетнего.

Данное согласие действует до достижения целей обработки фото и видеоматериалов или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*Подпись Расшифровка подписи*

**СОГЛАСИЕ**

**родителя (законного представителя) несовершеннолетнего**

**на фото- и видеосъемку, размещение фото- и видеоматериалов на информационных стендах, выставках и сайте**

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

*(ФИО родителя или законного представителя)*

паспорт серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь родителем (законным представителем) несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО несовершеннолетнего)*

приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по

адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю свое согласие на фото и видеосъемку (в одетом виде) несовершеннолетнего, чьи интересы я представляю на законном основании в «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» (лицензия № ЛО-66-01-005618 от 05.10.2018г):

- на официальном сайте и страницах соцсетей «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» (http://sanatory-vtagil.narod.ru, https://vk.com/goodsanatory, <https://vk.com/goodsanatory>, Инстаграмм)

- размещение на информационных стендах «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье»

- размещения на выставках «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье»

- размещения в печатных материалах, фотоотчетов с проведения мероприятий «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье»

Я информирован(а), что «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» производит обработку фото и видеоматериалов несовершеннолетнего в соответствии с интересами СОЛ и в рамках соблюдения интересов несовершеннолетнего.

Данное согласие действует до достижения целей обработки фото и видеоматериалов или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*Подпись Расшифровка подписи*

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В целях заключения и исполнения договора на оказание возмездных **санаторно-курортных, медицинских услуг** даю свое согласие «Юбилейный»- филиалу ОАО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье», находящемуся по адресу: Свердловская область, г. Верхний Тагил, ул. Ленина, д. 83 (далее - Оператор), на обработку моих персональных данных (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, предоставление, уничтожение)

* фамилия, имя, отчество
* паспортные данные
* адрес проживания
* данные медицинских документов и результатов лабораторных исследований.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных «Юбилейный»- филиал ОАО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» или до моего отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись Ф.И.О. гражданина контактный телефон* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина*

"\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

*дата оформления*

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В целях заключения и исполнения договора на оказание возмездных **санаторно-курортных, медицинских услуг** даю свое согласие «Юбилейный»- филиалу ОАО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье», находящемуся по адресу: Свердловская область, г. Верхний Тагил, ул. Ленина, д. 83 (далее - Оператор), на обработку моих персональных данных (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, предоставление, уничтожение)

* фамилия, имя, отчество
* паспортные данные
* адрес проживания
* данные медицинских документов и результатов лабораторных исследований.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных «Юбилейный»- филиал ОАО «Санаторий-профилакторий «Лукоморье» или до моего отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись Ф.И.О. гражданина контактный телефон* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина*

"\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

*дата оформления*