

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ (О НАМЕРЕНИИ ОБРАБОТКИ)  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (в соответствии с п.4 ст.9 152 ФЗ от 27.07.2006)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
Законный представитель ребенка \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью ребенка)  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющий личность)  
выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда)  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

**Принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.**

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

ООО МИП «Центр развития талантов ребенка» адрес: пр-д Первопроходцев, 12/1

**Со следующей целью обработки персональных данных:** Медицинский учет

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** непосредственно персональные данные (Фамилия; имя; отчество; год рождения, адрес; паспортные данные, телефоны, данные страхового полиса, социальный статус, свидетельство о рождении), биометрические данные, социальные категории.

Я согласен на обработку и передачу третьим лицам моих персональных данных с целью получения медицинских услуг и ведения медицинского учета в соответствии с законодательством РФ.

Клиент \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ (О НАМЕРЕНИИ ОБРАБОТКИ)  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (в соответствии с п.4 ст.9 152 ФЗ от 27.07.2006)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
Законный представитель ребенка \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью ребенка)  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющий личность)  
выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда)  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

**Принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.**

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

ООО МИП «Центр развития талантов ребенка» адрес: пр-д Первопроходцев, 12/1

**Со следующей целью обработки персональных данных:** Медицинский учет

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** непосредственно персональные данные (Фамилия; имя; отчество; год рождения, адрес; паспортные данные, телефоны, данные страхового полиса, социальный статус, свидетельство о рождении), биометрические данные, социальные категории.

Я согласен на обработку и передачу третьим лицам моих персональных данных с целью получения медицинских услуг и ведения медицинского учета в соответствии с законодательством РФ.

Клиент \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)