

**Согласие на обработку персональных данных
(для лиц в возрасте от 14 до 18 лет)**

Я, Тест1 Тест Тестович, 01.01.2009 г. рождения, зарегистрированный по адресу: ,
с согласия своего законного представителя

Я, , г. рождения, зарегистрированный по адресу: ,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных»,
в целях проведения экспертизы профессиональной пригодности, диагностики, лечения и медицинской реабилитации
больных с профессиональными заболеваниями; организации и оказания медицинской помощи; проведения медицинских
осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, даю свое согласие ООО «ПРО-МЕДИЦИНА»
(далее - Оператор), на:

– обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; дату и место рождения; пол; адрес места
жительства; адрес прописки; контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты документа, удостоверяющего
личность; реквизиты полиса ОМС (ДМС); сведения о месте работы или учёбы; страховой номер индивидуального лицевого
счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о выписанных лекарственных средствах; данные о состоянии
здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;

- получение информации по каналам связи (SMS-рассылка, мессенджеры, E-Mail).

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с
моими персональными данными:

– обработка (сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание,
блокирование, уничтожение) моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) с
использованием и без использования средств автоматизации;

– обработка моих персональных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и
отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по
ОМС, договором ДМС;

– во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) - обмен (прием и передача) моих персональных
данных со страховой медицинской организацией, территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей
или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что
их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

– получение от третьих лиц моих персональных данных в составе и для целей, указанных в настоящем Соглашении;

– передачу третьим лицам и получение от них моих персональных данных, если таковое предусмотрено законодательством
или иными федеральными законами.

Так же даю согласие на передачу и обработку моих персональных данных, указанных в согласии, бюджетному учреждению
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – МИАЦ) в
целях формирования единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Оператор гарантирует
соблюдение МИАЦ-ом требований Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иных
нормативных документов в области защиты информации и персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет
25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего
дополнительного письменного согласия.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления
об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

20.02.2026

(дата оформления)

(подпись субъекта персональных данных)

С дачей согласия на обработку персональных данных согласен (-на):

20.02.2026

(дата оформления)

(подпись законного представителя субъекта персональных данных)