|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Я,* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(ФИО полностью),* | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *дата рождения* | | | | |  | | | | | | | | | *г., документ, подтверждающий личность:* | | | | | *Паспорт гражданина РФ* | | *серия* | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *№* |  | | | | | *, выдан* | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *г., зарегистрированный (ая) по адресу:* | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| *являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *(ФИО ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (ФИО полностью), | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| дата рождения | | | | |  | | | | | | | | | | | | г., документ, подтверждающий личность: | | | |  | | | | | , серия | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | № |  | | | | | | | , выдан | |  | | | | | | | | | | | | | | г., | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| зарегистрированный (ая) по адресу: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата «\_\_» \_\_\_ 202\_ г. | | | | | | | | / |  | | | | | | | / |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (подпись) | | | | | | |  | (ФИО пациента) |  | | | | | | | | | | |