

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя)  
зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_,  
адрес электронной почты: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(номер основного документа, удостоверяющего личность законного  
представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и  
выдавшем его органе)

### СОГЛАСИЕ

*на передачу персональных данных несовершеннолетнего третьим лицам*

Я, действуя в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. и реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего)  
"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года рождения, что \_\_\_\_\_ подтверждается  
\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ №

\_\_\_\_\_,  
(реквизиты документа, подтверждающие статус родителя (законного представителя)  
в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю  
согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ДЖИ ЭМ ЭС ДЕНТАЛ» (ОГРН 5147746196824, ИНН  
7704876277 (далее - «Оператор») на передачу персональных данных несовершеннолетнего:  
фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, адрес, контактные телефон(ы) (домашний и  
мобильный), адрес электронной почты, тип документа, удостоверяющего личность, данные документа,  
удостоверяющего личность, гражданство, данные о регистрации по месту проживания и данные о  
фактическом месте проживания, фотография, данные страхового номера индивидуального лицевого счета,  
профессия, место работы и должность, семейное положение, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях,  
случаях обращения за медицинской помощью, о прохождении углубленных медицинских обследований и  
медицинских осмотров, заключения врачей, кодовое слово при его наличии, третьим лицам, список которых  
указан на сайте по адресу: [https://www.gmsclinic.ru/upload/docs/Perechen\\_tretikh\\_lits\\_dental.pdf](https://www.gmsclinic.ru/upload/docs/Perechen_tretikh_lits_dental.pdf) в целях  
оказания медицинских услуг, включая проведение лабораторных анализов, направление или перевод в иные  
медицинские организации; предоставления мне письменно и/или устно сведений, составляющих врачебную  
тайну несовершеннолетнего, по указанным в настоящем согласии адресу электронной почты и номеру  
телефона.

Оператор имеет право на передачу персональных данных третьим лицам с использованием машинных  
носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер,  
обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я согласен, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств предоставлять персональные  
данные, в том числе данные о состоянии здоровья, лечения и обследования органам государственной власти  
и организациям в рамках осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, а также в иных  
случаях, предусмотренных законодательством РФ, с использованием машинных носителей, бумажных  
носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных  
данных от несанкционированного доступа.

Настоящее согласие действует с момента представления до момента достижения цели обработки  
персональных данных. Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления  
соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте  
заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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

Настоящее согласие дано мной с подтверждением того, что указанные персональные данные проверены и внесены верно:

---

**(ФИО законного представителя)**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
**(подпись)**

**(дата)**