

**Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных и медицинское вмешательство.**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, **одного\*** из родителей, иного законного представителя)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,

Проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Являясь законным представителем ребенка:  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

-даю согласие ООО «ЦМГЭ», расположенному по адресу: 640020, г. Курган, ул. К. Маркса, 24, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных(\*\*), а так же данных моего ребенка; а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в ООО «ЦМГЭ". Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

-даю информированное добровольное согласие, на участие моего ребенка (подопечного), лица, чьим законным представителем я являюсь в лабораторных исследованиях (проведение генетической экспертизы) в ООО «ЦМГЭ», на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390- н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств).

Я ознакомлен в доступной для меня форме о целях, методах, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\*Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст.20, п.2.

\*\*Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», ст.9.