

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

КОМУ: РБОФ «Детские сердца»,  
119002 г. Москва Карманицкий пер.  
д. 9 офис 709

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, нижеподписавшийся, являясь законным представителем

\_\_\_\_\_ в силу ст. 64

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Семейного кодекса Российской Федерации (далее – «Пациент»), настоящим даю РБОФ «Детские сердца» (далее – «Фонд»), согласие на обработку персональных данных Пациента в порядке и на условиях, изложенных в настоящем согласии.

1. Перечень персональных данных Пациента, на обработку которых дается согласие:

- Фамилия, имя и отчество;
- Адрес регистрации и фактического проживания;
- Место рождения; дата, месяц и год рождения;
- Диагноз, состояние здоровья, иная медицинская информация, содержащаяся в документах; предоставленных в Фонд;
- Гражданство;
- Данные свидетельства о рождении;
- Фотография;
- Иная информация, содержащаяся в документах, предоставленных Пациентом и его представителями в Фонд («далее – «Персональные данные»).

2. Обработка Персональных данных Фондом будет осуществляться в целях:

- Осуществления благотворительной деятельности, направленной на оказание материальной и иной поддержки Пациента и его семьи, в том числе при обработке обращения о предоставлении помощи для принятия решения о заключении договора пожертвования, финансирований операций, закупке и предоставлении медицинского оборудования и лекарственных средств и предоставлений иной благотворительной помощи Пациенту;
- Организации сбора пожертвований от физических и юридических лиц для финансирования операций, закупки и предоставления медицинского оборудования и лекарственных средств и предоставлений иной благотворительной помощи Пациенту;
- Координации оказания медицинской помощи с лечебными учреждениями и иными третьими лицами, указанными в пункте 3 ниже; и
- Составления и распространения отчетов об использовании пожертвований, а также для ведения документооборота Фондом.

3. Фонд вправе обрабатывать Персональные данные Пациента любыми способами, как это необходимо, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение

персональных данных. В процессе обработки Фонд имеет право передавать Персональные данные третьим лицам, если это необходимо для достижения целей обработки и при условии соблюдения такими третьими лицами конфиденциальности и безопасности Персональных данных. Настоящим подтверждается согласие на трансграничную передачу Персональных данных Пациента, в том числе на территорию иностранных государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов Персональных данных.

4. Фонд вправе получать напрямую, без моего дополнительного письменного согласия, документационные сведения (медицинские заключения, выписные и иные эпикризы) из любого медицинского учреждения, где фондом была оказана благотворительная помощь моему представляемому, о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья моего представляющего и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну.
5. Фонд будет осуществлять обработку Персональных данных с использованием средств автоматизации, а также без использования таких средств.
6. Настоящее согласие на обработку Персональных данных Пациента действует в течение 50 (Пятидесяти) лет с даты его предоставления, а также впоследствии в течение срока, необходимого для целей соблюдения применимого законодательства.
7. Настоящее согласие действует со дня его подписания и отзыву не подлежит.

---

Г-н/Г-жа \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя)

Законный представитель \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Пациента)

Свидетельство о рождении/паспорт пациента серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

от \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_  
(кем, когда)

Адрес представителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Паспорт представителя № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(кем, когда)

Подпись \_\_\_\_\_