



Председателю ИРО МООИ «Стеллариум»  
От \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Проживающей (его) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Телефон (дом) \_\_\_\_\_  
Телефон (сот.) \_\_\_\_\_

### Согласие на обработку и публикацию информации о ребенке

Я \_\_\_\_\_ мать/отец

Законный представитель \_\_\_\_\_ ребенка инвалида, в соответствии со ст. 6, Федерального Закона РФ «О персональных данных», даю свое согласие Иркутскому региональному отделению Международной общественной организации инвалидов «Стеллариум» на обработку и публикацию в случае необходимости, подтвержденной заведующим отделением, информации о моем ребенке, включая его имя и фамилию, фотографию, диагноз, сведения о его личных качествах и социальном положении нашей семьи, а так же рисунков моего ребенка и прочих его творческих работ в средствах массовой информации, на сайте ИРО МООИ «Стеллариум» ([www.стеллариум.рф](http://www.стеллариум.рф)) и других сайтах в сети Интернет, информационных материалах (объявлениях буклетах и т.п.) с целью поиска для него доноров крови или денежных средств на его лечение, а так же для отчетов благотворителям, пожертвовавшим денежные средства.

Настоящие согласие дается на срок 5 лет.

Настоящие согласие может быть отозвано в любой момент путем направления ИРО МООИ «Стеллариум» ([665320@bk.ru](mailto:665320@bk.ru)) письменного заявления.

В случае отзыва настоящего согласия сотрудники организации обязаны прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты поступления указанного отзыва.

Окончание срока действия настоящего согласия означает запрет на обработку и использование персональных данных, в том числе для публикаций, начиная с даты прекращения действия Согласия, но не распространяется на публикации уже, размещенные Организацией до прекращения действия согласия.

Дата:

Подпись:

*Расшифровка подписи:*

## **Согласие на обработку персональных данных, составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

паспорт серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(когда и кем)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

адрес проживания: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие Иркутскому региональному отделению Международной общественной организации инвалидов «Стеллариум, зарегистрированном по адресу г. Иркутск ул. Мира 100 оф. 4. в целях оказания благотворительной помощи \_\_\_\_\_

получать информацию, имеющуюся в медицинской организации, в учреждении, осуществляющем предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в организации осуществляющей судебно-медицинскую экспертную деятельность и иных организациях и компетентных органах, располагающими сведениями о состоянии моего здоровья, составляющие врачебную тайну, в том числе сведения о результатах медицинских обследований, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также разглашать сведения и предоставлять документы, составляющие врачебную тайну, в целях оказания помощи моему ребенку, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки персональных данных: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящее согласие действует в течение 5 лет, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в ИРО МООИ «Стеллариум» г. Иркутск ул. Мира 100, оф. 4, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Подпись \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.