



Благотворительный Детский Фонд
"Созидание в сердцах"

СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

Благотворительному детскому фонду помощи детям
и детям-сиротам «Созидание в сердцах».

142000, Моск. Обл. г. Домодедово

Ул. Кирова д.11, кор.2

«___» _____ 20__ г.

Я, нижеподписавшийся, являясь законным представителем

_____ г.р.

в силу ст.64 Семейного Кодекса РФ (далее – «Пациент»), настоящим даю Благотворительному детскому фонду помощи детям и детям-сиротам «Созидание в сердцах» (далее – «Фонд»), согласие на передачу предоставленных данных Третьему лицу, в порядке и на условиях, изложенных в настоящем Согласии.

1. Перечень персональных данных Пациента, на передачу которых даётся согласие:

1.1 Фамилия, имя и отчество;

1.2 Адрес регистрации и фактического проживания;

1.3 Место рождения; дата, месяц, год рождения;

1.4 Диагноз, состояние здоровья, иная медицинская информация, содержащаяся в документах, предоставленных в Фонд;

1.5 Гражданство;

1.6 Данные свидетельства о рождении;

1.7 Фотография;

1.8 Иная информация, содержащаяся в документах, представленных мною в Фонд (далее «Персональные данные»).

2. Действуя своей волей и в своем интересе, а также как законный представитель в интересах моего ребенка, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Благотворительному детскому фонду помощи детям и детям-сиротам «Созидание в сердцах» на передачу Третьим лицам моих персональных данных, а также данных моего представляемого, относящихся исключительно к перечисленным выше категориям Персональных данных.

3. Я даю согласие на передачу Персональных данных Третьим лицам исключительно в целях:

- Осуществления благотворительной деятельности, направленной на оказание материальной и иной поддержки, 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;

- Организации сбора пожертвований от физических и юридических лиц для финансирования операций, закупки и предоставления медицинского оборудования и лекарственных средств и предоставлений иной благотворительной помощи;

- Координации оказания медицинской помощи с лечебными учреждениями и иными Третьими лицами;
- Составления и распространения отчетов об использовании пожертвований, а также для ведения документооборота Фондом.

4. Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении Персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения): 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, в том числе на территорию иностранных государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов Персональных данных.

5. Данное согласие действует до достижения целей обработки Персональных данных или в течение срока хранения информации.

6. Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положением Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных, включая право на получение по моему письменному запросу информации, касающейся обработки переданных мною Персональных данных, мне разъяснены.

7. Настоящее Согласие на обработку Персональных данных действует в течении 50 (Пятидесяти) лет с даты его предоставления, а также впоследствии в течении 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.) _____

Законный представитель (Пациент) _____

Свидетельство о рождении пациента серия _____ номер _____ от _____

выдано _____

Адрес представителя: _____

Паспорт представителя серия _____ № _____ выдан _____

Подпись _____

Число _____