



СОГЛАСИЕ
на предоставление информации и сопровождение
несовершеннолетнего (недееспособного) лица
в медицинском учреждении

Дата выдачи: « ____ » _____ 20 ____ г.

Срок действия: _____
(не более 3 лет)

место выдачи: г. Санкт-Петербург

Я, гр. _____
 Паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
 проживающий (ая) по адресу _____ моб. тел. _____
 являясь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного) лица _____
 _____ дата рождения: _____ . _____ . 20 _____,
 при оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему (недееспособному) лицу в филиале стоматологической клиники
 «Вероника» по адресу: _____ (далее – **Клиника**) доверяю осуществлять
 действия и принимать решения в интересах несовершеннолетнего (недееспособного) лица следующим лицам (**Сопровождающим**):
 ФИО 1 _____
 Паспорт _____ № _____, выдан _____,
 адрес: _____ моб. тел.: _____
 ФИО 2 _____
 Паспорт _____ № _____, выдан _____,
 адрес: _____ моб. тел.: _____
 ФИО 3 _____
 Паспорт _____ № _____, выдан _____,
 адрес: _____ моб. тел.: _____

Предоставляемое право в отношении несовершеннолетнего (недееспособного) лица	Отметка о предоставлении права		
	(ФИО 1)	(ФИО 2)	(ФИО 3)
Подписание договора на оказание платных медицинских услуг			
Заполнение анкеты о состоянии здоровья			
Получение от врача информации о состоянии здоровья			
Подписание информированного добровольного согласия (до 15 лет)			
Подписание добровольного отказа от лечения (до 15 лет)			
Подписание плана лечения (до 15 лет)			
Принятие решения о госпитализации (до 15 лет)			
Подписание акта об оказании услуг, оплата оказанных услуг			
Сопровождение в клинике без права принятия решений			

Я подтверждаю, что Сопровождающий во всех случаях несет полную ответственность за действия несовершеннолетнего (недееспособного) лица в Клинике, включая компенсацию ущерба, причиненного имуществу Клинике, ее посетителей, третьих лиц.

Я соглашаюсь, что при необходимости принять решение, право на которое мной Сопровождающему не предоставлено, медицинский работник может связаться со мной по указанному выше мобильному телефону. При невозможности связи со мной врач вправе отказать в дальнейшем лечении пациента.

Настоящим Сопровождающие дают ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД» ИНН 7814015070, ОГРН 1037832009401, адрес: Санкт-Петербург, ул. Савушкина, д.8, корп.2, лит. А (далее – Оператор) **согласие на обработку персональных данных** в объеме, указанном в настоящем документе, сроком действия на срок настоящего документа. Цели обработки: осуществление прав, перечисленных в настоящем Соглашении. Обработка: автоматизированная, а также без использования средств автоматизации. Предоставляют Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор (в том числе посредством проведения фото- и видеосъемок), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Проинформированы, что в помещениях Клиники осуществляется видеонаблюдение с фиксацией видео- и аудиоданных, а также запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности присутствующих в Клинике и проведения контроля качества оказания медицинских услуг. Соглашение на обработку персональных данных может быть отозвано путем отправки письма по указанному выше адресу, отправки электронного сообщения через форму обратной связи на сайте <https://www.veronica.ru/>, обращения по телефону: +7 (812) 777-77-09.

Я согласен на обработку персональных данных на указанных выше условиях:

ФИО сопровождающего	Подпись сопровождающего

Подпись законного представителя _____ удостоверяет администратор ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД».