

Руководителю

_____ (наименование организации)

От _____

_____ (Ф.И.О.)

Место жительства _____

_____ (населенный пункт, улица, дом, квартира)

Данные документа, удостоверяющего личность

_____ (наименование документа, серия, номер,

_____ дата выдачи, кем выдан)

Данные документа законного представителя

_____ (наименование документа, серия, номер,

_____ дата выдачи, кем выдан)

Контактные данные

_____ (телефон, электронная почта)

**СОГЛАСИЕ
НА ПЕРЕДАЧУ И РАЗМЕЩЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ И ИНЫХ
ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСАХ**

Я, _____ даю согласие на передачу и размещение информации в социальных сетях и иных информационных ресурсах обо мне, (лице, в отношении которого являюсь _____ законным представителем)

_____ ¹ медицинской организацией, Министерством здравоохранения Мурманской области, Министерством информационной политики Мурманской области, Правительством Мурманской области в социальных сетях и иных информационных ресурсах, где размещена информация по вопросам оказания медицинской помощи мне (лицу, в отношении которого являюсь законным представителем), в качестве ответа (комментария) на размещенную информацию.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(на) на обработку, обмен, хранение, передачу и размещение в социальных сетях и иных информационных ресурсах персональных данных моих (лица, в отношении которого являюсь законным представителем), содержащихся в базах медицинских организаций, Министерства здравоохранения Мурманской области, Министерства информационной политики Мурманской области, Правительства Мурманской области.

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(на) на предоставление медицинскими организациями Министерству здравоохранения Мурманской области, Министерству информационной политики Мурманской области, Правительству Мурманской области, в социальные сети и иные информационные ресурсы, где размещена информация по вопросам оказания медицинской помощи мне (лицу, в отношении которого являюсь законным представителем), персональных данных и сведений в отношении меня (лица, в отношении которого являюсь законным представителем), составляющих врачебную тайну, в качестве ответа (комментария) на размещенную информацию.

« ____ » _____ 20 ____ года

_____ (подпись)

Приложение: копии документов, подтверждающих полномочия законного представителя.²

¹ указать фамилию, имя отчество лица, в отношении которого выступает законный представитель

² предоставляются в случае заполнения согласия законным представителем