

Обществу с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «Телемедицина»
ОГРН 1212300011582, ИНН 2310223226
дата регистрации 04.03.2021 г. ИФНС России № 16 по Краснодарскому краю
350020, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Красная, 184, пом. 1001, 1002

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ/НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____,
(ФИО законного представителя полностью)

паспорт серия _____, номер _____, выдан _____

проживающий(ая) по адресу (как в паспорте): _____

Являясь законным представителем _____
(указать фамилию, имя, отчество, дату рождения несовершеннолетнего),

настоящим подтверждаю свое согласие на заключение моим сыном/дочерью _____
(указать фамилию, имя, отчество несовершеннолетнего)

договора оказания платных медицинских услуг/договора оказания платных немедицинских услуг с ООО МЦ «Телемедицина», подписание иных документов, связанных с исполнением договора, а также оплату услуг по договору.

Я предупрежден(а) и осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим на основании совершенных им сделок.

_____/_____/_____
(дата дачи согласия) (подпись законного представителя и расшифровка)

Я даю согласие ООО МЦ «Телемедицина» на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность). Я предоставляю ООО МЦ «Телемедицина» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Срок действия настоящего согласия – бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением данных, содержащихся в медицинской карте и иной медицинской документации).

_____/_____/_____
(дата дачи согласия) (подпись законного представителя и расшифровка)