

СОГЛАСИЕ

НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

БФ Марины Силковой
119330, г. Москва,
Мичуринский пр-т, 6-2-47

г. Москва

« ____ » _____ 2016 г.

Я _____

(Фамилия, Имя, отчество)

паспорт серии _____ номер _____, кем выдан _____

дата выдачи _____, зарегистрирован _____

(далее – Пациент),

Или _____

(Фамилия, Имя, Отчество родителя или опекуна)

паспорт серии _____ номер _____, кем выдан _____

дата выдачи _____, зарегистрирован _____

(далее – Законный представитель) _____

(Фамилия, Имя, Отчество ребенка)

Свидетельство о рождении/паспорт серии _____ номер _____ кем выдан(о) _____

_____ дата выдачи _____

зарегистрирован _____

(далее – Пациент) настоящим даю БФ Марины Силковой (далее – «Фонд») свое согласие на передачу предоставленных мною персональных данных Третьему лицу (далее – «Благотворителю») для решения вопроса об оказании или оказавшему благотворительную помощь в оплате лечения Пациента.

1. Перечень персональных данных Пациента и представителя, на передачу которых дается согласие:

- Фамилия, имя, отчество.
- Адрес регистрации и фактического проживания.
- Телефон и электронный адрес.
- Место рождения, дата, месяц и год рождения.
- Диагноз, состояние здоровья, иная медицинская информация, содержащаяся в документах, предоставленных в Фонд.
- Гражданство.
- Данные свидетельства о рождении.
- Фотография.
- Иная информация, содержащаяся в документах, предоставленных Пациентом и его представителями в Фонд.

(Фамилия, Имя, Отчество Пациента или Законного представителя)

(Подпись)