

**Информированное согласие на исследование, на обработку персональных данных и  
заверение законного представителя несовершеннолетнего ребенка**

Я, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ года  
кем: \_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем субъекта персональных данных:  
\_\_\_\_\_ (ФИО

несовершеннолетнего) (далее по тексту «несовершеннолетний ребенок»), проживающего по адресу  
\_\_\_\_\_,

свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдано (кем и когда):  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ года,

паспорт \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ года  
\_\_\_\_\_ (кем \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ когда)

\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_ (сведения о паспорте заполняются при достижении  
несовершеннолетним 14-ти лет), (далее подчеркнуть нужное) а именно **являюсь родителем** выше  
названного несовершеннолетнего и действую на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ, **являюсь**  
**опекуном** несовершеннолетнего и действую на основании на основании ст. 15 Федерального закона  
«Об опеке и попечительстве», ч. 2 ст. 31 ГК РФ, **являюсь представителем несовершеннолетнего**  
по доверенности, выданной законным представителем ребёнка, № доверенности -  
\_\_\_\_\_, дата выдачи доверенности \_\_\_\_\_,

Настоящим даю свое согласие ООО «Медикал Геномикс», ИНН 6952037742, КПП 695001001,  
адрес места нахождения: Российская Федерация, 170100, г. Тверь, ул. Желябова, 48, пом. 04 (далее  
по тексту- **ООО «Медикал Геномикс»**):

- собрать мои и несовершеннолетнего ребенка персональные данные, включающие: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, расовую и популяционную принадлежность, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), свидетельства о рождении, данные медицинского исследования несовершеннолетнего ребенка (результат ДНК профилирования, а также результаты интерпретации этих данных), биометрические данные, характеризующие мои и несовершеннолетнего ребёнка физиологические и биологические особенности, на основании которых можно установить мою и несовершеннолетнего ребёнка личность, иные персональные данные, необходимые для заполнения сопроводительных документов (далее совместно – **«персональные данные»**) для осуществления исследования - ДНК профилирования (далее – **«исследование»**),
- осуществить забор (взятие) биологического материала несовершеннолетнего ребенка посредством третьих лиц, оказывающих населению услуги под товарными знаками INVITRO (если применимо) или их корпоративных клиентов и предоставить их в ООО «Медикал Геномикс» с целью проведения исследования.

Настоящим я даю свое согласие ООО «Медикал Геномикс» на обработку моих и несовершеннолетнего ребенка персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных (сведений) обо мне и несовершеннолетнем ребенке в целом.

Я даю согласие ООО «Медикал Геномикс» на то, чтобы данные обо мне и несовершеннолетнем ребенке в том числе были занесены ООО «Медикал Геномикс» в компьютерный файл, обеспечивающий гарантию защиты от доступа иных третьих лиц.

Целью обработки персональных данных является выполнение исследования ООО «Медикал

Геномикс» и выдача мне результатов исследования третьим лицом, с которым мной заключен договор оказания услуг на выполнение исследования.

Я, (ниже нужно сделать выбор и поставить галочку в соответствующем поле, если оба поля оставлены пустыми, исследование не будет проводиться)

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> согласен(на)                                                                                                                                                                                                                                        |
| на использование ООО «Медикал Геномикс» моих и несовершеннолетнего ребенка персональных данных в обезличенной форме в коллабораторских, научных и иных целях, в том числе для печати в научных изданиях и размещения в международных базах данных                            |
| <input type="checkbox"/> согласен(на)                                                                                                                                                                                                                                        |
| на кодирование, обработку, хранение и использование ООО «Медикал Геномикс» моих и несовершеннолетнего ребенка персональных данных, оставшегося биологического материала и полученных данных с целью улучшения качества исследования и/или для научно-исследовательских целей |

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует в течение неопределенного срока.

Настоящее согласие может быть отозвано мной (или несовершеннолетним ребенком по достижении совершеннолетия) путем направления ООО «Медикал Геномикс» письменного уведомления. Отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до вступления в силу такого отзыва.

О методе забора образца биологического материала, манипуляциях предупрежден(а), исследование образца биологического материала осуществляет ООО «Медикал Геномикс».

Подписанием настоящего согласия в отношении несовершеннолетнего ребенка трансплантацию стволовых клеток (в том числе костного мозга) отрицаю (трансплантации не было в жизни несовершеннолетнего ребенка), гемотрансфузию (переливание крови) за предыдущие три месяца перед забором образца отрицаю (гемотрансфузии не было с телом несовершеннолетнего ребенка).

Подписывая данный документ, я, чьи данные изложены выше, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях, принял(а) решение об принятии участия несовершеннолетнего ребенка в исследовании. Для этой цели даю согласие на взятие образца биологического материала у несовершеннолетнего ребенка.

Подтверждаю, что я прочитал(а), этот документ, и что его содержание мне всецело понятно. Я проинформирован(а) в полном объеме, осознаю и понимаю все аспекты этого документа.

Я осознаю, что исследование не является судебно-медицинской экспертизой и полученные результат исследования не является заключением, выдаваемым по результатам судебно-медицинской экспертизы.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеизложенное, в том числе на сбор и обработку моих персональных и несовершеннолетнего ребенка, и иных данных, необходимых для проведения исследования.

Непосредственным оформителем согласия является организация (осуществляющая взятие биологического материала третье лицо, оказывающее населению услуги под товарными знаками INVITRO (если применимо) или их корпоративный клиент): \_\_\_\_\_.

(наименование организации, оформившей данный документ)

\_\_\_\_\_  
(подпись представителя  
несовершеннолетнего ребенка)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя несовершеннолетнего ребенка,  
заполняется собственноручно)

"\_\_" \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. работника организации)