

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) законного представителя,
 _____ (дата рождения), _____
 (идентификационный номер (при отсутствии – номер документа, удостоверяющего личность)), являясь законным
 представителем _____
 _____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего), _____ (дата
 рождения), _____ идентификационный номер (при отсутствии –
 номер документа, удостоверяющего личность), в соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь
 от 7 мая 2021 г. № 99-3 ”О защите персональных данных“ **ДАЮ СОГЛАСИЕ** оператору - ООО
 «Центр семейной медицины-Доктор ТУТ», расположенному по адресу: Республика Беларусь, г.
 Минск, ул. Колесникова, 15-3 на обработку моих персональных данных, а также данных
 моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного, усыновленного)

Цель	Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие	Согласен	Не согласен
внесение и обработка персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении	фамилия, имя, отчество, контактный номер телефона, дата рождения пациента, пол пациента, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, место учебы (работы) пациента, данные страхового полиса пациента (при наличии), идентификационный номер		
предоставление информации о проводимых акциях и скидках (рекламная рассылка), посредством рассылки СМС-сообщений и отправки сообщений в Viber, Telegram, иные мессенджеры	фамилия, имя, отчество законного представителя, контактный номер телефона законного представителя		
предоставление электронных копий консультативных заключений и осмотров, протоколов функциональных и ультразвуковых исследований, результатов лабораторных исследований, посредством отправки на электронную почту законного представителя _____	фамилия, имя, отчество законного представителя, адрес электронной почты законного представителя		
оценка качества оказанных услуг, посредством рассылки СМС-сообщений	фамилия, имя, отчество законного представителя, контактный номер телефона законного представителя		

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых способов обработки персональных данных: персональные данные будут обрабатываться с использованием средств автоматизации. Осуществляется сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, удаление, в т.ч. третьими лицами, уполномоченными оператором для обработки персональных данных.

Срок согласия: **3 года с даты получения согласия.**

Мне разъяснены права, связанные с обработкой персональных данных, механизм их реализации, а также последствия дачи мною согласия или отказа в даче такого согласия.

Дата:

Законный представитель пациента _____

ФИО

(подпись)