|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  | | |  |
| **Согласие на обработку персональных данных** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) полностью,  дата рождения* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *идентификационный номер (при отсутствии – номер документа, удостоверяющего личность)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| В соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-З «О защите персональных данных» даю согласие OOO "БЛОССОМ КЛИНИК", располагающемуся по адресу: 220030, Минск, Кирова, дом № 18, пом 52 на обработку моих персональных данных: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Цель:** | | осуществление коммуникаций с субъектами персональных данных (осуществление звонков для подтверждения приема; направление уведомлений; информационная рассылка с использованием мессенджеров). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Объем: фамилия, собственное имя, отчество; номер телефона; адрес электронной почты. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| **Согласен** | | | | | | **Не согласен** | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| **Цель:** | | Цель: отправка субъектам персональных данных уведомлений, коммерческих предложений, рекламных сообщений. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Объем: фамилия, собственное имя, отчество; номер телефона; адрес электронной почты. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| **Согласен** | | | | | | **Не согласен** | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | | | |
| **Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых способов обработки персональных данных:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| сбор, систематизация, хранение, изменение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, при необходимости - на последующую передачу персональных данных в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь. Обработка персональных данных осуществляется как без использования средств автоматизации, так и с использованием средств автоматизации: баз (банков) данных. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| Срок согласия: настоящее согласие действует в течение 1 (одного) года со дня последнего обращения пациента за медицинской помощью, иными услугами. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| При осуществлении информационной рассылки посредством использования мессенджеров может иметь место трансграничная передача персональных данных. Оператор информирует о наличии рисков при передаче данных в ряд стран в связи с отсутствием надлежащего уровня защиты прав субъектов персональных данных, а именно: отсутствие законодательного регулирования защиты прав субъектов персональных данных, неисполнимость решений компетентных органов; отсутствие независимого контролирующего органа по защите прав субъектов персональных данных; ограниченный круг прав субъектов персональных данных; широкий доступ к персональным данным у органов государственной власти в целях национальной безопасности. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| Мне разъяснены права, связанные с обработкой персональных данных, механизм их реализации, а также последствия дачи мною согласия или отказа в даче такого согласия. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. | | | | | | | |  | |  | | | | |  |  | | | | | | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | *подпись* | | | | |  | *инициалы, фамилия* | | | | | | | |  | | |  |  |
| **Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») на (от) внесение(я) и обработку(и) персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения пациента или лиц,*  *указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| серия | |  | номер |  | | | | кем выдан | | |  |  | | | | | | | | | дата выдачи | | | | |  | | |
| идентификационный номер | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| проживающий по адресу | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| адрес электронной почты | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| контактный номер телефона | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| **«даю согласие на»          «отказываюсь от»          «отзываю согласие на»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| *нужное подчеркнуть* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| внесение(я) и обработку(и) персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании баз (банков) данных в OOO "БЛОССОМ КЛИНИК" в отношении | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента (заполняется в случае дачи согласия (отказа), отзыва согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| *подпись* | | | | | | | | |  | |  | | | *инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *подпись* | | | | | | | | |  | |  | | | *инициалы, фамилия медицинского работника* | | | | | | | | | | | | | | |  |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |