

СОГЛАСИЕ

Я, _____,

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

дата рождения: _____,

идентификационный номер: _____,

адрес регистрации (пребывания): _____,

контактный номер телефона: _____,

адрес электронной почты: _____,

даю согласие ЗАО «Территория Эдельвейс» (Республика Беларусь, 220012, г. Минск, пр. Независимости, д. 72А, пом. 1Н, каб. 1Н-7, далее – Общество, Медицинский центр) на:

		внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну (состояние здоровья, диагноз, результаты исследований и пр.), при формировании и ведении моей или <u>моего сына (дочери)</u> : _____ (ФИО, заполняется в случае дачи согласия законным представителем (мать, отец), иным лицом, указанным в части 2 статьи 18 Закона «О здравоохранении») _____ г.р. электронной медицинской карты пациента , а также информационных систем (ресурсов) , используемых Обществом
согласен	не согласен	

		получение напоминаний о визитах и информационных сообщений по телефону, SMS, e-mail, мессенджером
согласен	не согласен	

Перечень обрабатываемых персональных данных: ФИО; дата рождения; идентификационный номер; адрес места жительства (пребывания); контактный номер телефона; адрес электронной почты; номер полиса добровольного медицинского страхования (при наличии); информация о состоянии здоровья, диагнозе, результатах медицинских исследований, иная информация, составляющая врачебную тайну.

Действия по обработке персональных данных: сбор, систематизация, хранение, изменение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, предоставление персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, третьим лицам, которых ЗАО «Территория Эдельвейс» привлекает для оказания медицинской помощи (например, лабораториям – для лабораторных исследований, страховым организациям – для оплаты помощи при наличии договора добровольного медицинского страхования).

Обработка персональных данных осуществляется **автоматизированным, неавтоматизированным и смешанным способом** и привлечением **уполномоченных лиц** (резидентов Республики Беларусь), выполняющих техническую поддержку применяемых Обществом информационных ресурсов (систем). *Перечень уполномоченных лиц (наименования и место нахождения) опубликован в разделе 7 Политики обработки персональных данных на сайте Общества.* При привлечении таких уполномоченных лиц не осуществляется трансграничной передачи персональных данных.

Для отправки сообщений и результатов исследований Ваши номер телефона и адрес электронной почты могут быть переданы операторам сервисов связи, серверы которых находятся за пределами Республики Беларусь (**трансграничная передача**), где уровень защиты персональных данных может не соответствовать белорусскому. ЗАО «Территория Эдельвейс» предупреждает Вас о связанных с такой передачей рисках. *Подробнее о трансграничной передаче персональных данных и существующих при этом рисках – в разделе 8 Политики обработки персональных данных на сайте Общества.*

Срок согласия: 3 года после последнего визита в Медицинский центр.

Информация о моих правах как субъекта персональных данных и механизме их реализации мне предоставлена (**на обратной стороне листа**, а также размещена в разделе 6 Политики обработки персональных данных на сайте Общества).

(дата)

(подпись)

(ФИО субъекта персональных данных, его представителя)