

Приложение 2

к Политике обработки персональных
данных ЗАО «Территория Эдельвейс»

Согласие на обработку персональных данных пациента Медицинских центров ЗАО «Территория Эдельвейс»

Я, _____,
фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

дата рождения: _____,

идентификационный номер: _____,

адрес регистрации (пребывания): _____,

контактный номер телефона: _____,

адрес электронной почты: _____,

даю согласие закрытому акционерному обществу «Территория Эдельвейс» (Республика Беларусь, 220056, г. Минск, ул. 50 лет Победы, д. 8, помещение 56, далее – Общество, Медицинский центр) на обработку персональных данных **в целях:**

		осуществления моей (или лиц, указанных в ч.2 ст.18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII «О здравоохранении») идентификации (подтверждение личности) при обращении в ЗАО «Территория Эдельвейс»
согласен	не согласен	

		обработки <u>вышеназванных персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну</u>, при формировании моей или <u>моего сына (дочери):</u> _____, _____ г.р. электронной медицинской карты , внесения таких персональных данных в информационные системы (ресурсы) Общества
согласен	не согласен	

		установления со мной связи (коммуникации) через удаленные каналы – телефонные звонки для подтверждения приема, напоминания о визите и отправки информационных сообщений по телефону, SMS, Email и мессенджерам
согласен	не согласен	

Мне разъяснено, что для достижения указанных целей Общество осуществляет следующие действия по обработке персональных данных: сбор, систематизацию, хранение, изменение, использование, обезличивание, удаление, предоставление персональных данных и иной информации, составляющей врачебную тайну, третьим лицам, с которыми ЗАО «Территория Эдельвейс» заключены договоры на оказание услуг (выполнение работ – лабораторные исследования).

Мне разъяснено, что ЗАО «Территория Эдельвейс» осуществляет обработку моих персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации и привлечением уполномоченных лиц, а также осуществляет трансграничную передачу моих номера мобильного телефона и адреса электронной почты операторам сервисов обмена электронными и почтовыми сообщениями. Ввиду того, что коммуникационные сервера таких операторов располагаются в иностранных государствах, на территории которых не обеспечивается надлежащий уровень защиты прав субъектов персональных данных я **дополнительно проинформирован(а)** о существовании рисков, возникающих в связи с отсутствием надлежащего уровня защиты персональных данных в таких иностранных государствах.

Я осведомлен(а) о том, что в помещениях Медицинских центров с целью обеспечения личной безопасности пациентов и обеспечения сохранности имущества **ведется видеонаблюдение** (видеосъемка).

Срок согласия: настоящее согласие действует в течение неопределенного срока, если иное не предусмотрено законодательством.

Мне разъяснены права, связанные с обработкой моих персональных данных, **механизм реализации** таких прав, а также последствия дачи мною согласия или отказа в даче такого согласия **(на обратной стороне листа)**.

_____.
(дата)

_____.
(подпись)

_____.
(ФИО субъекта персональных данных, его представителя)