

## **Согласие Субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)*  
идентификационный номер \_\_\_\_\_,

В соответствии со ст. 5 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-З «О защите персональных данных» для целей, определенных в Политике в отношении обработки персональных данных:

Я даю свое согласие на внесение и обработку персональных данных при формировании медицинской карты пациента, в том числе электронной медицинской карты и медицинской документации, информационных систем, информационных ресурсов ООО «Медицинский Центр «Збиб» *(ФИО; дата рождения; адрес места регистрации и (или) жительства; паспортные данные; номер телефона; адрес электронной почты; информация о здоровье и др.)*.

Я как законный представитель даю свое согласие на обработку персональных данных в отношении: \_\_\_\_\_

---

*(ФИО, дата рождения, пациента заполняется в случае дачи согласия в отношении несовершеннолетних; лиц, признанных недееспособными и лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию решения)*

Я даю свое согласие на получение сообщений о записи на прием и другой информации путем: SMS; Email; Viber; Instagram; Telegram и другие мессенджеры.

В указанных целях я даю свое согласие на обработку персональных данных, в том числе: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

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

Я ознакомлен(а) с тем, что согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания до достижения целей обработки персональных данных; согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_  
*(дата) (подпись) (инициалы, фамилия пациента)*