

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных: \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество пациента)

\_\_\_\_\_

дата рождения

\_\_\_\_\_

идентификационный номер

\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, в целях ведения электронной медицинской карты пациента и медицинской документации, проведения коммуникаций со мной, в т.ч. с использованием удаленных каналов связи, в частности: осуществление моей идентификации и (или) аутентификации при моем обращении в Медицинский центр «ЛОДЭ», направление уведомлений, сообщений справочно-информационного характера, в т.ч. с использованием мессенджеров, осуществления звонков для подтверждения приема, принимаю решение о представлении моих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «ЛОДЭ», УНП 100262226, г. Минск, ул. Гикало, 1-10, и даю согласие на обработку следующих персональных данных:

- фамилия, собственное имя, отчество;
- данные о регистрации по месту жительства и (или) месту пребывания
- число, месяц, год рождения;
- паспортные данные /идентификационный номер;
- номер телефона;
- адрес электронной почты;
- информация о здоровье.

В указанных целях я даю согласие на осуществление следующих действий с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), пользование ими и при необходимости - на последующую передачу персональных данных в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

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.

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

Настоящее согласие действует в течение 1 (одного) года со дня его подписания мною, с автоматическим продлением его на каждый последующий год до момента отзыва настоящего согласия или прекращения его действия по иным правовым основаниям согласно законодательству Республики Беларусь.

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия субъекта персональных данных)