

**СОГЛАСИЕ
пациента на обработку его персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения пациента или лиц, указанных в части второй статьи
18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

идентификационный номер _____, проживающий по
адресу: _____,
адрес электронной почты _____,
контактный номер телефона _____,

(далее - Пациент), в соответствии с Законом Республики Беларусь от 07.05.2021 N 99-3 "О защите персональных данных", даю согласие Иностранному обществу с ограниченной ответственностью «МиДент», (г. Минск, ул. Зыбицкая, 3) (далее - Клиника), на сбор, систематизацию, хранение, изменение, использование, обезличивание, блокирование, распространение, предоставление, удаление следующих персональных данных:

идентификационный номер, паспортные данные, ФИО, пол, дату рождения, место рождения, данные о гражданстве (подданстве), адрес (регистрации) проживания, номер мобильного телефона, e-mail, информацию об инвалидности, информацию о здоровье, фото-видеозаписи (в том числе фотопротокол, рентгеновские снимки), информацию о родителях, опекунах, попечителях, супруге, ребенке (детях) физлица в случаях оказания медицинской помощи несовершеннолетнему лицу; лицу, признанному в установленном порядке недееспособным; лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения.

Согласие на обработку моих персональных данных даю в целях:

оказания платных медицинских услуг, ведения медицинской документации, диагностики, постановки диагноза, установления заболевания, лечения, проведения медицинской профилактики, проведения медицинской реабилитации, проведения оценки качества и экспертизы качества медицинской помощи, информирования о визитах (в том числе внеплановых) на прием, направления результатов анализов, консультации или обследований, рентгеновских снимков, уведомлений об услугах и акциях по электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Клинике передавать свои персональные данные, фотографии, аудио- и видеоинформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, любому штатному сотруднику Клиники и третьим лицам в интересах своего обследования и лечения, оценки качества медицинской помощи при условии сохранения сотрудниками и третьими лицами врачебной тайны и персональных данных.

Также персональные данные могут быть переданы лицам, рассматривающим претензию/жалобу пациента (членам врачебной комиссии, медиатору, адвокату стороны).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Обработка персональных данных Пациента может осуществляться как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом. Хранение персональных данных будет осуществляться сотрудником Клиники и уполномоченным лицом.

Настоящее согласие действует с даты его подписания, бессрочно и может быть отозвано Пациентом путем письменного заявления.

В случае поступления в адрес Клиники заявления о прекращении обработки персональных данных, Клиника прекращает их обрабатывать, путем обезличивания (введение идентификаторов, замены состава, декомпозиции) или блокировки. При этом все медицинские документы на бумажных носителях остаются в Клинике и не подлежат уничтожению.

Субъект персональных данных (Пациент):

(ФИО) _____ / _____
(подпись)

дата _____