ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (указать дату рождения) |  | (идентификационный номер паспорта или иного документа удостоверяющего личность) |

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных КУП «Бобруйская лечебно-консультативная поликлиника», расположенному по адресу: г.Бобруйск ул.Ново-Шоссейная 2а (далее - Оператор персональных данных), и даю согласие на обработку своих персональных данных на указанных ниже условиях:

1. Целью обработки персональных данных является: получение сведений из УЗ «Бобруйский межрайонный психоневрологический диспансер» и УЗ «Бобруйский наркологический диспансер» о наличии/отсутствии диспансерного наблюдения(учета).

2. Согласие дается в отношении следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (если есть), дата рождения, **адрес регистрации и места жительства** (если не совпадают)**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Согласие дается на следующие действия с персональными данными:

**-** **передача в УЗ «Бобруйский межрайонный психоневрологический диспансер»**

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСЕН | НЕ СОГЛАСЕН |
|  |  |

**- передача в УЗ «Бобруйский наркологический диспансер»**

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСЕН | НЕ СОГЛАСЕН |
|  |  |

4. Согласие на передачу данных действует 5 дней, на хранение данных оператором в пределах срока, определенного законодательством для хранения документов содержащих персональные данные со дня его подписания.

5. Обработка моих персональных данных может осуществляться любым перечисленным способом: автоматизированным, неавтоматизированным и/или смешанным.

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 подтверждаю, что ознакомлен(а) с тем, что:

- настоящее согласие предоставлено с учетом требовании Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-З «О защите персональных данных» и может быть отозвано мною в любое время без объяснения причин посредством направления в адрес оператора соответствующего письменного заявления;

- при обработке моих персональных данных Оператор персональных данных осуществляет все необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерных действий в отношении них.

Настоящее согласие представляет собой свободное, однозначное, информированное выражение моей воли.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Субъект персональных данных: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (Ф.И.О.) |

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (указать дату рождения) |  | (идентификационный номер паспорта или иного документа удостоверяющего личность) |

действующий в интересах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО, дата рождения, идентификационный номер паспорта или иного документа удостоверяющего личность субъекта персональных данных )

на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать название и номер документа)

принимаю решение о предоставлении нижеуказанных персональных данных КУП «Бобруйская лечебно-консультативная поликлиника», расположенному по адресу: г.Бобруйск ул.Ново-Шоссейная 2а (далее - Оператор персональных данных), и даю согласие на обработку этих персональных данных на указанных ниже условиях:

1. Целью обработки персональных данных является:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Согласие дается в отношении следующих персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Согласие дается на следующие действия с персональными данными:

-**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСЕН | НЕ СОГЛАСЕН |
|  |  |

**-** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСЕН | НЕ СОГЛАСЕН |
|  |  |

**-** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСЕН | НЕ СОГЛАСЕН |
|  |  |

4. Согласие на передачу данных действует 5 дней, на хранение данных оператором в пределах срока, определенного законодательством для хранения документов содержащих персональные данные со дня его подписания.

5. Обработка персональных данных может осуществляться любым перечисленным способом: автоматизированным, неавтоматизированным и/или смешанным.

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 подтверждаю, что ознакомлен(а) с тем, что:

- настоящее согласие предоставлено с учетом требовании Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-З «О защите персональных данных» и может быть отозвано мною в любое время без объяснения причин посредством направления в адрес оператора соответствующего письменного заявления;

- при обработке персональных данных Оператор персональных данных осуществляет все необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерных действий в отношении них.

Настоящее согласие представляет собой свободное, однозначное, информированное выражение моей воли.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Субъект персональных данных: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (Ф.И.О.) |