

Согласие на обработку персональных данных

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

_____ (дата рождения, идентификационный номер (при отсутствии – номер документа, удостоверяющего личность))

В соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-3 ”О защите персональных данных“ даю согласие Учреждению здравоохранения «Витебский областной клинический кардиологический центр», расположенное по адресу: г. Витебск, пр-т Генерала Людникова, 11а, на обработку моих персональных данных:

Цель _____

(цель обработки персональных данных)

Объем: _____

_____ (перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие)

Согласен	Не согласен
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Цель _____

(цель обработки персональных данных)

Объем: _____

_____ (перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие)

Согласен	Не согласен
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Цель _____

(цель обработки персональных данных)

Объем: _____

_____ (перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие)

Согласен	Не согласен
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых способов обработки персональных данных:

Уполномоченные лица у Оператора отсутствуют.

Срок согласия

_____ (срок, на который предоставляется согласие)

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

Мне предоставлена информация об Операторе и Политика в отношении обработки персональных данных.

_____ (дата)

_____ (подпись)