

СОГЛАСИЕ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Заполняя настоящую форму, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», я подтверждаю свое согласие на обработку вносимых в форму моих персональных данных, лицом, оказывающим услуги на основании данной формы (далее Оператор), том числе:

- 1) Имя, Фамилия, Отчество;
- 2) Номер сотового телефона;
- 3) Адрес электронной почты;

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Целью обработки персональных данных является рассмотрение моего обращения на основании заполненной формы, получение платных медицинских услуг.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Настоящее согласие действует бессрочно, срок хранения моих персональных данных не ограничен. Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.