

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, РАЗРЕШЕННЫХ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

1. _____ (далее по тексту - «ПАЦИЕНТ»), в соответствии с требованиями статьи 10.1 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждает свое согласие на обработку его персональных данных, разрешённых для распространения (далее по тексту – Согласие) **ООО «ИНПРОММЕД ПЛЮС»** (адрес местонахождения: 446026, Самарская обл., г.Сызрань, ул. Володарского, 62А) (далее по тексту - «ИСПОЛНИТЕЛЬ») в виде текстовых, а также фото- и видеоматериалов, включающих в себя фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, место рождения, семейное положение, образование, профессию, социальное положение, доходы, фото- и видеоизображения «ПАЦИЕНТА».
2. «ПАЦИЕНТ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» имеет право распространять персональные данные «ПАЦИЕНТА» на следующих информационных ресурсах, посредством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными «ПАЦИЕНТА»: на официальном сайте «ИСПОЛНИТЕЛЯ» (<https://impulsszr.ru/> и др.), а также на других сайтах в сети «Интернет», в любых видах наружной рекламы, рекламных полиграфических изделиях (листовках, каталогах), во всех периодических и непериодических изданиях как иллюстрации к статьям без дополнительного вознаграждения «ПАЦИЕНТА» в рекламных, информационных и репутационных целях.
3. «ПАЦИЕНТ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» не будет согласовывать с «ПАЦИЕНТОМ» распространение его персональных данных.
4. «ПАЦИЕНТ» осознаёт и даёт согласие, что в процессе распространения его персональных данных на информационных ресурсах, указанных в п. 2 настоящего Согласия, может быть разглашена информация о факте его обращения в медицинское учреждение «ИСПОЛНИТЕЛЯ».
5. Настоящее согласие дано «ПАЦИЕНТОМ» и действует бессрочно.
6. «ПАЦИЕНТ» оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено «ПАЦИЕНТОМ» в адрес «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю «ИСПОЛНИТЕЛЯ».
7. В случае получения письменного заявления «ПАЦИЕНТА» об отзыве согласия на обработку его персональных данных, разрешённых для распространения «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан прекратить их обработку в течение трёх рабочих дней.

РЕКВИЗИТЫ «ПАЦИЕНТА»

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан) / _____

Номер телефона: _____

Адрес регистрации: _____

Подпись «Пациент»:

_____ (_____)
(Подпись) (Фамилия, инициалы)

« _____ » _____ 20 ____ г.