

АНКЕТА
о согласии на получение информации по каналам связи (СМС рассылка и социальные сети) и
обработку персональных данных

1. Анкетные данные:

Фамилия, имя, отчество:

пациент

Адрес:

Краснодарский край

Вид документа, удостоверяющего личность:

паспорт

0000№ 000000

Кем и когда выдан:

данные паспорта

Номер телефона:

телефон

2. Согласие на получение информации по каналам связи: Я хочу получать информацию об услугах ООО "Клиника Люди" в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона Я не получаю и не хочу получать информацию об услугах ООО "Клиника Люди" в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона**Меня особо интересует следующая информация:** Акции, проводимые компанией Новости клиники Скидки Любая возможная информация**3. Согласие на обработку персональных данных:** Я даю своё согласие Я НЕ даю своё согласие**4. Согласие на обработку и использование данных из социальных сетей:** Я даю своё согласие Я НЕ даю своё согласие

на обработку персональных данных, содержащихся в настоящей анкете с целью направления мне указанной выше информации, в том числе на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий. Срок действия согласия (если предоставлено): до истечения шести месяцев с момента отзыва пользователем согласия от получения соответствующей информации.

5. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных:

для отзыва согласия на обработку персональных данных необходимо подать соответствующее заявление в письменной форме по месту нахождения ООО "Клиника Люди" не менее чем за 30 дней до момента отзыва соответствующего согласия. После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных законодательством.

6. Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

подпись

пациент
ФИО

Заполняется ответственным сотрудником ООО "Клиника Люди":

личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

подпись

ФИО сотрудника и должность