ИСТОЧНИК
Ессентуки
★★★★

# СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я,_____ _____ (Ф.И.О. полностью), «_____»_____г.рождения, проживающий(ая) по адресу: _____ _____ _____основной документ, удостоверяющий личность: _____ _____ _____(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «Санаторий Источник» ОГРН 1062650001347, ИНН 2626036769 (далее - Оператор), находящемуся по адресу: 357600, Ставропольский край, город Ессентуки, ул. Семашко, д.6-8, с целью: обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в вфере отношений, связанных с оказанием мне Оператором санаторно-курортных услуг, в том числе, в целях медицинского обследования, лечения и оздоровления, проведения необходимых исследований, оказания мне медицинской, в том числе экстренной, помощи, публикаций моего (моих) отзыва (отзывов) на сайтах и страницах Оператора в социальных сетях с указанием моего аккаунта (либо Фамилии, Имени, Отчества), внесения моих персональных данных в бонусные и льготные программы Оператора, получения мною на почтовый/электронный адреса рассылок от Оператора о имеющихся программах, льготах, скидках, бонусах и предложениях в рамках оказываемых Оператором услуг.

Данное согласие действует в отношении следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, гражданство, пол, возраст, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, номер телефона, адрес электронной почты; сведения о состоянии моего здоровья, включая результаты медицинских исследований, назначенного и проведеного лечения, сведения о диагностических мероприятиях, медицинских заключениях о диагнозах (заболеваниях), данных рекомендациях и иные сведения, составляющие врачебную тайну.

Разрешаю Оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при оьработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до момента его отзыва.

_____/_____/
«____»_____202___г.

(подпись) (Ф.И.О.)

Согласие получено «_____»_____202__г.

Уполномоченный представитель Оператора:

_____ (должность)

_____/_____

(подпись) ( Ф.И.О.)