

Я подтверждаю достоверность предоставленных мною личных персональных данных.

Даю свое согласие на обработку Оператором (ООО «Клиника Остмедконсалт»г.СПб, ул.Шпалерная д.36) **своих персональных данных**, в которые в зависимости от формы, могут входить: имя, фамилия, отчество, гражданство, пол, возраст, образование, семейное положение, данные о детях, о состоянии здоровья, о проведенных медицинских вмешательствах, показаниях и противопоказаниях, адрес, телефон, электронная почта, паспортные данные, фотография, сведения из документов, прикладываемых к обращению (заявке), и иные сведения, документы, необходимые для целей обработки, в том числе, на совершение следующих действий: обработку: включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передачу третьим лицам, как с автоматизированными средствами обработки, так и без них (путем смешанной обработки). Описание способов обработки приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 №152-ФЗ.

Даю согласие на обнародование своей или предоставленной мной фотографии и согласие на её использование и размещение в сети «Интернет». Срок действия согласия – в соответствии с законодательством РФ.

Цели обработки: обеспечение коммуникаций, обработка обращений (заявок), заключение и исполнение договора, участие в мероприятиях, акциях, конкурсах, информирование об услугах, обновления, подтверждение достоверности публикуемой информации, осуществление и защита прав Сайта и третьих лиц, в рекламных целях, для предоставления сведений в случаях, предусмотренных ФЗ. Мое согласие может быть отозвано на основании письменного обращения к оператору с соответствующим требованием о прекращении обработки