

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, РАЗРЕШЕННЫХ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

1. _____ (далее по тексту - «ПРЕДСТАВИТЕЛЬ»), являющийся законным представителем (представителем по нотариальной доверенности) _____ (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 персональных данных «ПАЦИЕНТА», разрешённых для распространения (далее по тексту - Согласие) **ООО «Верона»** (адрес местонахождения: 117437, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 104, эт.1, пом. СХС, ком.22, ИНН 7716648010, КПП 772801001) (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. «ПРЕДСТАВИТЕЛЬ» в соответствии с настоящим Согласием принимает все законные решения за «ПАЦИЕНТА». При использовании ниже в настоящем Согласии термин «ПАЦИЕНТ» считать равнозначным термину «ПРЕДСТАВИТЕЛЬ».
3. «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://viterramed.ru>), в аккаунтах социальных сетей «ИСПОЛНИТЕЛЯ», 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.
4. «ПАЦИЕНТ» согласен, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» не будет согласовывать с «ПАЦИЕНТОМ» распространение его персональных данных.
5. «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».
6. Настоящее согласие дано «ПАЦИЕНТОМ» и действует бессрочно.
7. «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».
8. 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 «ПРЕДСТАВИТЕЛЯ»

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

Номер телефона: _____

Адрес регистрации: _____

Документ, подтверждающий полномочия: _____

Подпись Представителя: _____

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

РЕКВИЗИТЫ «ПАЦИЕНТА»

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

Номер телефона:

Адрес регистрации:

«_____» _____ 20 ____ г.