**Согласие на получение сообщений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, | | |
| *(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя)* | | |
| зарегистрированный по адресу: | |  |
|  | | |
| *(адрес регистрации пациента либо законного представителя)* | | |
| документ, удостоверяющий личность: | |  |
|  | | |
| *(серия и номер документа, кем и когда выдан)* | | |
| в отношении |  | |
|  | | |
| *(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)* | | |
| дата рождения | |  |
| *(дата рождения пациента при подписании законным представителем)* | | |

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 18 федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» даю свое согласие **ОБЩЕСТВУ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЦЕНТР ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ «ВИЗИУМ»** (далее – Оператор), расположенному по адресу: **Российская Федерация, ДНР, г.о. Горловка, г.Горловка, ул.Нестерова, д.91, помещ.9.**, осуществлять:

* отправку сообщений на указанный мной номер телефона (+7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), в том числе с использованием мессенджеров WhatsApp, Тelegram
* отправку электронных писем на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в целях обработки моего обращения, осуществление связи со мной для предоставления информации о результатах рассмотрения моего обращения; информирования меня об услугах, предложения мне услуг Оператора, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках; улучшения качества обслуживания, в том числе о подтверждении (отмене или изменении) даты и времени записи на приём, при условии гарантии неразглашения данной информации третьим лицам без моего согласия, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я согласен на предоставление мне информации и предложение услуг путем направления сообщений, писем посредством электронной почты, телефонных обращений, SMS-сообщений.

**Я уведомлен(а) о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на получение сообщений путем подачи письменного заявления Оператору.**

С Политикой в отношении обработки персональных данных можно ознакомиться на сайте Оператора https://klinikavizium.ru/.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О. полностью, собственноручно)

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_\_г.