

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.

Я, \_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_

вид документа, № документа, когда и кем

выдан

дата рождения: \_\_\_\_\_ № контактного телефона \_\_\_\_\_

даю согласие на обработку моих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «Центр эстетической медицины Ирины Домбровской» (место нахождения: Вологда, ул. Мальцева, 52, 4 этаж).

Я уведомлен и понимаю, что под обработкой персональных данных подразумевается сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными.

Также под персональными данными подразумевается любая информация, имеющая ко мне отношение как к субъекту персональных данных, в том числе его фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес проживания и любая другая информация.

Я даю свое согласие на получение от ООО «Центр эстетической медицины Ирины Домбровской» информации о проводимых им мероприятиях, новинках, акциях и скидках (почтовая и SMS-рассылка) Да  Нет

Настоящее согласие выдано без ограничения срока его действия. Порядок отзыва настоящего согласия **по личному заявлению субъекта персональных данных.**

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_