**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 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 «Здоровье» (далее – Оператор), расположенному по адресу: Нижегородская обл., г.Выкса ул.Ленина д.259, Нижегородская обл., г.Выкса ул.Ленина д.85, Нижегородская обл., г.Выкса ул.Красные Зори д.11 пом.73. Нижегородская обл. г.Кулебаки ул.Войкова д.38а/6 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, маркетинговых программах; улучшения качества обслуживания, в том числе о подтверждении (отмене или изменении) даты и времени записи на приём, о готовности результатов исследований, 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://health-and-family.ru/ .

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Личная подпись Фамилия И.О.*