**СОГЛАСИЕ**

**Заказчика на обработку персональных данных**

**по договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я, нижеподписавшийся (-яся)

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

*(Ф.И.О. полностью, дата рождения)*

Проживающий (-ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по месту регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *(название выдавшего органа)*

в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, в целях оказания мне услуг по ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАЗМИНКИ МЫЩЦ ШЕИ, подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем услуг (ИП Углицких Сергеем Владимировичем, ИНН 594102011899, ОГРНИП 323595800009541), (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, данные паспорта, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, имеющихся у меня диагнозов, назначений лечения, особенностей организма.

В соответствии с ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях оказания услуг при условии, что при обработке персональных данных оператором сохраняется тайна информации указанной в Согласии.

В процессе оказания услуг Оператором, я предоставляю Оператору право передавать мои персональные данные, содержащие сведения о состоянии моего здоровья другим работникам Оператора, в интересах поддержания моего здоровья.

Даю свое согласие на все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в базу данных на бумажном носителе, передачу по электронным каналам связи на электронную почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

(дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого услуги.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата (дата договора оказания услуг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_