

Дата анкетирования: ____ . ____ .2022г.

АНКЕТА
о согласии на получение информации по каналам связи
(СМС рассылка и электронная почта)
и обработке персональных данных

1. Анкетные данные

Фамилия, Имя, Отчество _____
Дата рождения _____
Номер телефона _____ +7 _____
E-mail _____

2. Согласие на получение информации по каналам связи

Я хочу получать информацию об услугах ОГБУЗ "Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского" в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона и рассылку (писем) на указанную выше электронную почту

Я не получаю и не хочу получать информацию об услугах ОГБУЗ "Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского" в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона и рассылку (писем) на указанную выше электронную почту

Меня особо интересует следующая информация:

Акции, проводимые компанией Новости компании
 Скидки Любая возможная информация

3. Согласие на обработку персональных данных

Я даю свое согласие Я не даю свое согласие

на обработку персональных данных, содержащихся в настоящей анкете с целью направления мне указанной выше информации, в том числе на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий. Срок действия согласия (если предоставлено): до истечения шести месяцев с момента отзыва пользователем согласия от получения соответствующей информации.

4. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных:

для отзыва согласия на обработку персональных данных необходимо подать соответствующее заявление в письменной форме по месту нахождения ОГБУЗ "Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского" не менее чем за 30 дней до момента отзыва соответствующего согласия. После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных законодательством.

5. Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Заполняется ответственным сотрудником ОГБУЗ "Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского": личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

(подпись)

(Ф.И.О. сотрудника и должность)