**СОГЛАСИЕ**

**на размещение фотографии и видеоматериалов на сайте и информационных стендах Общества с ограниченной ответственностью «Соло»**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и со статьей 152.1. Гражданского Кодекса РФ

я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О. работника/ пациента (без сокращений)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия, номер кем выдан

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.,   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи

адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на размещение моих фотографий и видеоматериалов на сайте по адресу http://klinikasolo.ru, информационных стендах и рекламных листовках (буклетах) Общества с ограниченной ответственностью «Соло» (ИНН – 2635124500, Адрес: 355000, г. Ставрополь,

ул. Партизанская, д. 2).

Я даю согласие на размещение моих персональных данных только при условии соблюдения принципов размещения информации на Интернет-ресурсах, информационных стендах, листовках и буклетах:

- соблюдение действующего законодательства Российской Федерации, интересов и прав граждан;

- достоверность и корректность информации.

Представителем Общества с ограниченной ответственностью «Соло» (далее – Организация), при получении согласия на размещение персональных данных, разъяснены возможные риски и последствия их опубликования в сети Интернет , на информационных стендах, рекламных листовках и буклетах и то, что Организация не несет ответственности за такие последствия, если предварительно было получено письменное согласие лица на опубликование персональных данных.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с документами Организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

По первому требованию работника/пациента Организации согласие отзывается  письменным  заявлением.

Данное согласие действует на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество

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