

**В Общество с ограниченной ответственностью**

« \_\_\_\_\_ »

Адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

адрес: \_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Согласие**

**на обработку персональных данных,  
разрешенных субъектом персональных данных  
для распространения**

Субъект персональных данных - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи  
указанного документа и выдавшем его органе),

руководствуясь ч. 9 ст. 9, ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляет о согласии на распространение оператором – ООО «Клиника иммунологии репродукции» в научно-просветительских целях моих персональных данных, а именно: написанного мною поста с моим фотоизображением и фотоизображением моего ребёнка, отредактированного сотрудником Оператора или написанного врачом Оператора кейса на основе моего клинического случая с применением приёмов обезличивания; и при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Сведения об информационных ресурсах оператора, посредством которых будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных: социальные сети Оператора и (или) сайт Оператора.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до момента отзыва.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)