

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПРИСОЕДИНЕНИИ К СОГЛАШЕНИЮ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕРВИСА «АЙБОЛИТ»**

1. Настоящим заявлением я,

ФИО	
Дата рождения	
Адрес места жительства	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)	
Адрес электронной почты	
Номер мобильного телефона	

присоединяюсь к условиям Соглашения об использовании сервиса «Айболит» (далее – «Соглашение» и «Сервис» соответственно), опубликованным на сайте ООО «Нью мед солшнс» (ОГРН 5177746327270, далее – «Оператор»). Подписанием настоящего Заявления я подтверждаю, что полностью ознакомлен с условиями Соглашения и принимаю все условия Соглашения без каких-либо изъятий и ограничений.

2. Прошу направить ссылку для создания учетной записи в Сервисе (выбрать одно):
мобильный телефон – электронная почта

3. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ я выражаю свое согласие на обработку Оператором моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные номера телефонов и адреса электронной почты, любые сведения о состоянии здоровья и оказанных медицинских услугах, а также иные сведения, необходимые Оператору в целях оказания мне услуг в соответствии с Соглашением. Обработка моих персональных данных осуществляется в форме любых операций с персональными данными с использованием или без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Согласие предоставляется без ограничения срока его действия и может быть отозвано мной посредством расторжения Соглашения в одностороннем порядке. Оператор вправе передавать мои персональные данные медицинским организациям, оказывающим мне медицинские услуги с использованием Сервиса.

4. Предоставляю Оператору право направлять мне на электронную почту или номер мобильного телефона информационные и рекламные сообщения о запланированных консультациях, результатах консультаций, возможности и стоимости получения консультаций в медицинских организациях, а также о порядке использования Сервиса. Я осведомлен, что вправе отказаться от получения сообщений в любой момент, уведомив Оператора с использованием указанных в настоящем Заявлении адреса электронной почты или номера мобильного телефона.

Дата: _____

_____ / _____ /

Фамилия и инициалы Пользователя

Подпись