Рассылка информационных сообщений от Стоматологической Ассоциации Калининградской Области

sakoprofdent.ru

Заполняется печатными буквами

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Дата Рождения:

. . г.

Контактный телефон:

Адрес места жительства (индекс, город, улица, дом, квартира):

Адрес электронной почты:

Место работы:

Специализация:

Член Стоматологической Ассоциации Калининградской Области:

Да ☑ Нет ☐

Настоящим предоставляю согласие на получение на указанный мною выше адрес электронной почты и/или номер мобильного телефона информационных сообщений от Стоматологической Ассоциации Калининградской области (далее САКО). Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера и электронного адреса. Даю согласие на обработку своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам. Настоящее согласие действует бессрочно. Я уведомлен о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путём направления письменного отказа в свободной форме в адрес САКО. Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течение 5 рабочих дней с момента получения письменного отказа.

Дата _____ Подпись _____