ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ

С настоящото, аз, ……....., давам изричното си съгласие на „ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН АНТИЕЙДЖИНГ И РЕДЖУВЕНЕЙШЪН ЦЕНТЪР ХИЛ КЛИНИК“ ЕАД, ЕИК 200080339, със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. Ал. Пушкин № 71, в качеството му на Администратор на лични данни по смисъла на Регламент (ЕС) 2016/679, да обработва моите лични данни, включително:

- три имена, възраст, телефон и имейл;
- снимки (портретни)
- здравна информация, свързана с участието ми в кампанията „APTOS Трансформация 16“, със срок за подаване на заявка за участие до 23 юли 2025 г., включително данни, свързани с извършване на медицинска процедура;
- мотивационно описание, предоставено при кандидатстване.

за целите на:

- провеждане на селекция на участници;
- извършване на предварителна медицинска оценка;
- осъществяване на медицински процедури и популяризиране на резултатите от кампанията;
- административно обслужване във връзка с участието;
- използване на резултатите за информационни и маркетингови цели в рамките на кампанията „APTOS Трансформация 16“.

Запознат/а съм, че:

- имам право на достъп до личните ми данни;
- мога да поискам корекция, ограничаване на обработката или изтриване на данните;
- мога да оттегля съгласието си по всяко време чрез писмено уведомление (заявление) до администратора;
- оттеглянето на съгласието не засяга законосъобразността на обработката до този момент.

За въпроси относно обработването на лични данни мога да се свържа с администратора на e-mail: contact@hillclinic.com

С подписа си декларирам, че предоставям настоящото съгласие доброволно, конкретно, информирано и недвусмислено, съгласно изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679.

Подпис: _____

Дата: _____