

**СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ**

В соответствии с ч. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))

прошу осуществить отправку информации о результатах оказания медицинских услуг (консультаций, исследований, лечения) в ООО «Центр Стоматологии «32 Практика»

(Ф.И.О. пациента)

по электронной почте: _____
(адрес электронной почты)

Подписывая данное согласие, я разрешаю передачу результатов оказания медицинских услуг по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается ООО «Центр Стоматологии «32 Практика» и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов ООО «Центр Стоматологии «32 Практика» ответственности не несет.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента/законного представителя:

(подпись) / _____
(Ф.И.О.)