СОГЛАСИЕ
на предоставление сервисных услуг

Я, ……, ……..г.р.
ЭМК №…….., в связи с оказанием мне медицинских услуг, **согласен(а) на предоставление мне Клиникой** следующего перечня сервисных услуг:

Предлагаемые сервисные услуги	Данные пациента	Подпись пациента
Пользование онлайн-сервисом Личный Кабинет Пациента, мобильным приложением Мать и дитя, в том числе получение результатов лабораторных и функциональных исследований в Личном кабинете, уведомлений/сообщений об оказании медицинских услуг, документов об оплате и др.	ДА / НЕТ	
Получение SMS-напоминаний/текстовых сообщений через мессенджеры по номеру телефона, в т.ч. о записи на прием к специалисту, исследование, об окончании договора и/или средств на договоре, о готовности лабораторных исследований	Тел.	
Получение уведомлений/сообщений по электронной почте, в т.ч. результатов лабораторных и функциональных исследований, уведомлений о записи на прием к специалисту, исследование, статусе и сроке действия договора, документов об оплате.	адрес	
Предоставление кодового слова для получения результатов исследований любым лицом, которому передано кодовое слово.	ДА/НЕТ	
Получение уведомлений о новых возможностях, акциях, новостях Клиник ООО «Центр репродуктивной медицины «АИст»	ДА/НЕТ	

Клиника не несет ответственность за неправильно указанный пациентом номер мобильного телефона, адрес электронной почты, кодовое слово, а также за санкционированный/несанкционированный доступ третьих лиц к средствам связи пациента (телефону, электронной почте, личному кабинету) и, соответственно, за возможное разглашение персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

_____ Дата:
(подпись)