

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ДИСТАНЦИОННУЮ ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ**

Пациент вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

Предоставлением адреса электронной почты Пациент дает согласие **ООО «Медицинский центр «Гиппократ»** (далее Клиника) пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.

За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Пациент имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике.

Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Пациент обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику.

Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

Пациент предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);
- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);
- повреждений файлов.

Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Я ознакомлен с указанными выше положениями, Пациент \_\_\_\_\_

адрес регистрации \_\_\_\_\_

мобильный телефон \_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_

Я даю согласие на передачу информации по эл. почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениям \_\_\_\_\_

(подпись)

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях \_\_\_\_\_

(подпись)

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи \_\_\_\_\_

(подпись)

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания \_\_\_\_\_

(подпись)

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О. полностью)