**Заявление**

В ООО «Аксон»Медицинский центр

«Неврологии и педиатрии»

123458, г.Москва, ул.Твардовского, д.14, стр.2, 3П к.2

115470, г.Москва, пр-кт Андропова, д.13/32

E-mail: a[kson1332@mail.ru](https://e.mail.ru/compose?To=kson1332@mail.ru) ; сайт   <https://detmed.ru/>

**Прошу оказать услугу - повторное консультирование в телефонном режиме, on-line (в Skype, Zoom и т.п.) по результатам анализов, обследования, уточняющие вопросы по лечению и др.** ( подчеркнуть нужное, указать)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.р.

*(Ф.И.О. пациента)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.р.

*(Ф.И.О. законного представителя)*

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

**На адрес электронной почты/ на телефон (WhatsApp):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я выражаю согласие на получение информационных сообщений по каналам электросвязи (в том числе посредством подвижной радиотелефонной связи)  следующими способами доставки: текстовое сообщение (SMS) на указанный мной при оформлении документации в ООО «Аксон» - Центр неврологии и педиатрии, и принадлежащий мне номер мобильного телефона; электронное сообщение на указанный мной при оформлении документации в ООО «Аксон» и принадлежащий мне адрес электронной почты (E-mail).

*Подписывая настоящее заявление я проинформирован (-а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается ООО «Аксон». За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну и утечку информации,* ***ООО «Аксон» ответственности не несет****. Настоящим* ***принимаю на себя ответственность и все риски****, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата                                                            Ф.И.О.                                                                подпись*