

**Общество с ограниченной ответственностью
«Сибирский клинический центр оториноларингологии –
хирургии головы и шеи «ЛОР-ЭКСПЕРТ»**

ОГРН 1214200008164, ИНН/КПП 4205397795/420501001
650002, Кемеровская обл. – Кузбасс, г. Кемерово, пр. Шахтеров, д. 14А, оф. 510

**СОГЛАСИЕ НА ОТПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ,
СОДЕРЖАЩИХ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА,
ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ/ИНТЕРНЕТ-МЕССЕНДЖЕРУ**

Я, _____ ,
фамилия, имя, отчество полностью
дата рождения: _____ , паспорт: _____ ,
дд.мм.гггг серия, номер,
_____ ,
кем и когда выдан
проживающий (щая) по адресу (по месту регистрации): _____ ,
регион, город
_____ ,
улица, номер дома, квартиры

настоящим выражаю **Обществу с ограниченной ответственностью «Сибирский клинический центр оториноларингологии – хирургии головы и шеи «ЛОР-ЭКСПЕРТ»**, ОГРН **1214200008164**, адрес места нахождения: 650002, Кемеровская обл. – Кузбасс, г. Кемерово, пр. Шахтеров, д. 14А, оф. 510 (далее – Клиника, Оператор персональных данных) свое **согласие на отправку документов**, содержащих мои персональные данные, в том числе относящиеся к специальной категории персональных данных – **врачебной тайне**:

- справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган при получении социального налогового вычета;
- заключения специалистов Клиники;
- выписные справки;
- результаты медицинских анализов (исследований)

на адрес электронной почты: _____ ;
по Интернет-мессенджеру: _____ ,
привязанному к номеру телефона _____ .

До подписания настоящего согласия я проинформирован(а), что электронная почта и Интернет-мессенджеры являются открытыми источниками информации и незащищенными открытыми каналами связи. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику и Интернет-мессенджером третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации **Оператор персональных данных ответственности не несет**.

Принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику и Интернет-мессенджером (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Дата « _____ » _____ 202_____ г.

_____/_____
личная подпись фамилия, имя, отчество пациента полностью