**В ГБУЗ «ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ»**

**Согласие на получение результатов медицинских анализов по электронной почте**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)

прошу Вас осуществить отправку информации о результатах медицинских анализов, сданных мною/моим ребенком \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)

в ГБУЗ «ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ» по электронной почте: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты)

Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известной третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов ГБУЗ «ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ» ответственности не несет.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.