

**Согласие на получение Справки об оплате медицинских услуг по электронной почте,  
ватсап**

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО)

Прошу Вас осуществить отправку Справки об оплате медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «АНГИО ЛАЙН» (далее – ООО МЦ «АНГИО ЛАЙН»):

по электронной почте: \_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

ватсап \_\_\_\_\_

(номер телефона)

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта и ватсап являются незащищенными каналами связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, телефона, утечку информации и неполучение отправленной справки ООО МЦ «АНГИО ЛАЙН» ответственности не несет.

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

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Фамилия, инициалы

\_\_\_\_\_  
Дата