

Согласие на получение Справки об оплате медицинских услуг по электронной почте

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)

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, 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