

Директору ООО «Камчатская
Неврологическая клиника»
Терешовой С.А.

от _____

Настоящим Я, _____,
(документ удостоверяющий личность _____)
_____) выражаю свое согласие и
прошу ООО «Камчатская неврологическая клиника» (далее Клиника)
направлять мне результаты медицинских исследований, выписки, справки и
иные документы, содержащие мои персональные данные и сведения,
составляющие врачебную тайну, посредством сети Интернет на следующий
адрес электронной почты (e-mail): _____.

Я проинформирован(а) и осознаю, что адрес электронной почты и сеть
Интернет являются открытыми и незащищенными каналами связи, в связи с
чем Клиника не может гарантировать абсолютную защиту передаваемой
информации от несанкционированного доступа третьих лиц. Я подтверждаю,
что владею указанным адресом электронной почты, и беру на себя всю
ответственность за возможные риски и неблагоприятные последствия,
связанные с перехватом, утерей или искажением моих персональных данных
и сведений о состоянии здоровья после их отправки Клиникой по указанному
адресу. Настоящим освобождаю Клинику от ответственности за
несанкционированный доступ третьих лиц к данным сведениям,
произошедший вследствие использования незащищенного канала связи по
моей инициативе.

_____ г. _____