

Согласие на получение СМС-оповещений

Я, _____,

дата рождения _____, документ: _____, серия _____ № _____, выдан
_____ г., зарегистрированный _____ (ая) по адресу:
_____, даю свое согласие на получение
СМС-оповещений от организации **Общества с ограниченной ответственностью «ЭВЕРЕСТ ДЕНТ ПЛЮС»** (ИНН 3662279769, ОГРН 1193668038893, КПП 366201001, юридический адрес: 394016, Воронежская область, г.о. город Воронеж, г. Воронеж, ул. 45 Стрелковой Дивизии, д. 257, кв. 154).

Я хочу получать информацию об услугах, акциях, скидках, новостях, предстоящем посещении специалиста в организации **ООО «ЭВЕРЕСТ ДЕНТ ПЛЮС»**, а также сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание платных медицинских услуг, сведений, путем предоставления с помощью: смс-информирования. Прошу считать актуальными следующий (-ие) номер (-а) телефона (ов): _____.

В случае изменения каких-либо контактных данных обязуюсь немедленно сообщить об этом сотрудникам **ООО «ЭВЕРЕСТ ДЕНТ ПЛЮС»**, в противном случае все риски, связанные с разглашением любой информации третьим лицам (в том числе составляющую врачебную тайну) несу самостоятельно.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласии данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов (а) возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

_____/_____
Подпись _____ ФИО _____

Заполняется ответственным сотрудником организации: личность лица, указанного выше, мной проверена.

Подпись поставлена в моем присутствии.

_____/_____
Подпись _____ ФИО _____