

Я,

Я,

далее именуемому(й) «Родственник (сопровождающий)», а также в электронном виде по открытым каналам связи в ответном сообщении на запросы поступившие с адреса электронной почты (E-mail) _____ и/или аккаунтов мессенджеров, привязанных к телефонным номерам, указанным в настоящей медицинской карте. Документы, направляемые посредством указанных в настоящем согласии электронных средств связи, считаются подписанными простой электронной подписью. Также, при наличии технической возможности, даю согласие на использование простой электронной подписи для авторизации в Личном кабинете на сайте Центра. Мне известно о необходимости сообщения в

кратчайшие сроки, и о рисках такого несообщения, о прекращении или об изменении реквизитов простой электронной подписи (E-mail и телефонных номеров), указанных в настоящей карте.

Данное согласие действительно на все время (случаи) наблюдения и лечения в Центре. Настоящее согласие действует со дня его подписания и по день его отзыва в письменной форме.

Пациент _____
« ____ » _____ 20 ____ г.

Родственник _____
(сопровождающий)

Врач _____