

СОГЛАСИЕ
на использование номера телефона пациента

Я, {{ Пациент.ФИО }}, дата рождения {{ Пациент.Дата рождения }}, паспорт: серия {{ Пациент.Серия }} № {{ Пациент.Номер }},
адрес: {{ Пациент.Короткий адрес }},

даю согласие на использование указанного номера телефона: {{ Пациент.Телефон }}

в целях:

- ☒ информирования о медицинских услугах;
- ☒ уведомления о приёмах, результатах, назначениях;
- ☒ доступа к личному кабинету и ЭМК;
- ☒ связи с администратором или лечащим врачом.

Подтверждаю, что номер принадлежит мне.

В случае указания чужого номера — беру ответственность на себя.

Дата: {{ Документ.Дата }} Подпись: _____ / {{ Пациент.Фамилия и инициалы }}