**Согласие на получение результатов**

**обследования по электронной почте/факсу**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента/законного представителя обследуемого)

(паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан)

прошу Вас осуществить отправку информации о результатах обследования (заключение врача, результаты лабораторных исследований) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обследуемого, дата рождения)

в Медико-генетическом центре (Генетической клинике) НИИ медицинской генетики Томского НИМЦ по электронной почте/факсу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты/номер факса)

Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта/факс являются ненадежными каналами и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом электронного почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов Генетическая клиника ответственности не несет. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. пациента/законного представителя обследуемого) (подпись)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.