

**הסכמה לקבלת הודעה באמצעים מקוונים**

הנני מאשר לקבל הודעה אשר תימסר לי על ידי נציג/ת מחלקת רשומות רפואיות בבית חולים בילינסון, באמצעות הודעת SMS לטלפון מספר \_\_\_\_\_.

בכל עת אהיה רשאי לפנות אליכם בבקשה לבטל אישור זה.

ידוע לי כי מרגע שהגיע אלי המידע הרגיש בדואר, הנני אחראי על אבטחת המידע שהגיע אלי בהודעה, ולא תהא לי כל תלונה או תביעה כנגד שירותי בריאות כללית בנושא.

תאריך \_\_\_\_\_ שם ושם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת מגורים \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_