

**QUALITY DENTAL CARE**  
**Bogdan N. Bodroug DDS, PS**

\* Вы имеете право отказаться подписывать это официальное уведомление\*

Я ознакомился/ознакомилась с уведомлением об использовании нашей практикой личной информации пациента<sup>1</sup>.

Имя: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**Заполняется только сотрудниками офиса**

Мы пытались получить письменное подтверждение об уведомлении про использование нашей практикой личной информации пациента, но подтверждение не было получено в связи с:

- Пациент отказался подписывать
- Коммуникационный барьер помешал нам получить уведомление
- Чрезвычайная ситуация помешала нам получить уведомление
- Другое (пожалуйста уточните)

<sup>1</sup>Quality Dental Care не делится ни с кем, не продает и не дает в чужое пользование ваш телефон, электронный адрес, имя, почтовый адрес или другую личную информацию кроме как в случаях, указанных ниже:

Мы в праве предоставлять доступ к вашей личной информации как этого требует закон, в случаях получения нами повестки, судебного приказа или при судебном процессе.