

Autorisation d'Utiliser et de Communiquer des Renseignements Personnels

En signant cette Autorisation, vous autorisez [INSÉRER LE NOM DE LA PRATIQUE] (« Société ») à utiliser et à communiquer vos renseignements personnels, y compris votre nom, votre adresse électronique et des informations sur les soins de la vue que vous avez reçus (tels que les examens, les lentilles de contact et les lunettes), à TeamVision, afin que TeamVision puisse vous fournir des informations sur les produits et les services susceptibles de vous intéresser.

En outre, vous reconnaissez et acceptez ce qui suit :

- Je comprends que je n'ai pas besoin de signer cette Autorisation pour recevoir un traitement, des services ou du matériel de la part de la Société.
- Je comprends que la Société peut recevoir une rémunération directe ou indirecte d'une autre partie en rapport avec l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels aux fins décrites ci-dessus.
- Je comprends que je peux recevoir une copie de la présente Autorisation en envoyant un courriel à la société à l'adresse [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à l'adresse suivante :
[insérer l'adresse physique du cabinet]
- Je comprends que les renseignements personnels faisant l'objet de la présente Autorisation peuvent être protégés par la loi. Certaines lois peuvent interdire à TeamVision de communiquer mes informations à une autre partie, à moins d'obtenir une autre autorisation de ma part ou à moins que la communication ultérieure ne soit spécifiquement autorisée ou requise par la loi.
- Je comprends que j'ai le droit de révoquer cette Autorisation à tout moment en cliquant sur le bouton de désabonnement dans tout message électronique commercial que je reçois, en envoyant un courriel à la société à [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à :
[insérer l'adresse physique du cabinet]

La révocation de la présente Autorisation n'aura aucun effet sur les actions entreprises sur la base de l'autorisation effective avant la réception de la notification de ma révocation.

Signature: _____

Nom: _____

Date: _____