
(наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них и период)

2 0

(дата)

(подпись)

Согласие на обработку персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иные действия, необходимые для обработки персональных данных в соответствии с законодательство Российской Федерации, подтверждаю.

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Способ получения (выбрать одну позицию):

лично

доверенному лицу _____
(Ф.И.О., дата рождения доверенного лица)

выслать Почтой России по адресу: _____

направить по электронной почте _____
(адрес электронной почты)

Я понимаю, что передача сведений, составляющих врачебную тайну, на предоставленный мной адрес электронной почты, не является передачей по защищенным каналам связи, в связи с чем ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л.Цивьяна» Минздрава России не несет какой-либо ответственности в случае разглашения указанных сведений третьим лицам посредством их доступа к указанному адресу электронной почты.

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)