

Заместителю директора
по лечебной работе
ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна»
Минздрава России
Ластевскому А.Д.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(фамилия пациента)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(имя пациента)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(отчество (при наличии) пациента)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(дата рождения пациента)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(адрес места жительства (места пребывания) пациента)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(номер контактного телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

В период с "___" _____ г. по "___" _____ г.
гр. _____

(Ф.И.О. пациента)

является / являлся пациентом ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России в
связи с _____

(указать вид медицинской помощи, название отделения)

Прошу выдать медицинские документы (копии/ выписки), а именно:

(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.)