

ОТКАЗ
в предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ

Текущая дата

Я, **Имя пациента**, **Отчество пациента** **Фамилия пациента**, паспорт

Номер паспорта пациента, **Серия паспорта пациента** проживающий

Адрес места жительства пациента,

не даю согласие на выгрузку персональных данных и передачу сведений о состоянии моего здоровья в Единую государственную информационную систему здравоохранения.

Дальнейших претензий к **Наименование организации** по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

ФИО пациента

_____ (подпись)