СОГЛАСИЕ
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 ,
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)