

ОТКАЗ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЕГИСЗ

Я, _____,
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" _____ " _____ г. рождения (указывается дата рождения гражданина либо законного представителя),
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
действуя в интересах _____
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" _____ " _____ г. рождения (указывается дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу _____
(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
представляемого мной на основании Свидетельства о рождении/паспорт (указывается наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

подтверждаю, что

_____ далее - "Оператор"
(указать полное наименование медицинской организации и адрес местонахождения)

- (1) проинформировал о возможности реализации моего права на доступ к медицинской документации посредством портала «ГОСУСЛУГИ» путем передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ;
- (2) я заявил отказ от передачи персональных данных в ЕГИСЗ;
- (3) дальнейших претензий к Оператору по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____/_____
Подпись (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

« _____ » _____ 20 ____ года
Дата оформления