Директору ФГБУ «РНЦРР»

Минздрава России

Академику РАН, профессору Солодкому В.А.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью пациента/законного представителя – нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью пациента - заполняется если Заявление подает законный представитель)

Прошу направить следующие медицинские документы:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ амбулаторной карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( |  | ) |  |

Контактный телефон:

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подтверждаю свое согласие с тем, что передаваемая информация, будет направлены пациенту/законному представителю пациента с использованием открытых (незащищенных) каналов связи. Медицинская документация направляется по электронной почте (e-mail) при условии дачи согласия на обработку персональных данных пациентом/законным представителем пациента.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |  | / |  |
|  |  |  | дата |  |  |  | подпись |  | фамилия, имя, отчество |