

Главному врачу ООО "Мед Гарант"

от \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество, дата рождения

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан (кем, дата, код подразделения) \_\_\_\_\_

адрес пребывания (жительства):

почтовый адрес для направления письменного ответа

e-mail (если есть) \_\_\_\_\_

номер контактного телефона (если есть): \_\_\_\_\_

### Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

В соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации № 323-ФЗ (п.3 ст. 13 «С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях»),

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия имя отчество, дата рождения)

на основании свободного волеизъявления, даю добровольное письменное согласие на предоставление сведений, связанных с моим обращением за медицинской помощью в ООО «Мед Гарант», составляющих врачебную тайну

(кому именно: сведения о физическом/ юридическом лице)

(основание: например, в связи с поступившим запросом исх. №, дата)

**Для однократного предоставления**

Дата

(подпись)