Приложение №2 к приказу от «05» февраля 2024

 Директору ООО НПЦ «ИНДИГО»

 Губской Л.И.

 От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фио заявителя)

 Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес э/почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фио заявителя, законного представителя) (серия, номер)

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года,

(наименование органа, выдавшего паспорт)  (дата выдачи)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_года рождения, проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу выдать:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год, (наименование медицинских документов (их копий) и выписок из них)

в отношении пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фио пациента)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование документа, удостоверяющего личность пациента, серия, номер)

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года,

(наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи)

законным представителем которого я являюсь.

Прошу выдать лично / направить на указанный адрес электронной почты.

 (нужное подчеркнуть)

**Даю свое согласие** на использование адреса электронной почты для передачи сведений, содержащих врачебную тайну, и **подтверждаю, что осведомлен** о том, что электронная почта не относится к защищенным каналам связи (в соответствии с требованиями ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. и ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Подпись /Ф.И.О./