**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА НАПРАВЛЕНИЕ (ПЕРЕДАЧУ) УВЕДОМЛЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА НАЛИЧИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФГИС «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» и обмена информацией о результатах таких исследований**

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(ФИО полностью субъекта персональных данных*) (ФИО несовершеннолетнего ребенка)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**телефон заявителя:**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными подзаконными актами, я даю согласие на направление информации, связанной с оказанием мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг[[1]](#footnote-1), обществу с ограниченной ответственностью Диагностический центр «Лабораторная диагностика – Асклепий» (ООО ДЦ «ЛД – Асклепий») (далее - Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», Управлению Федерльной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Приморскому краю, Федеральному бюджетному учреждению науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии», следующие сведения:

- серия и номер документа, удостоверяющего личность (физического лица), номер СНИЛС, Фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица, номер заказа, дату забора, дату проведения исследования, результаты лабораторных исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции/на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов) и (или) на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами.

Сведения передаются **посредством передачи сведений в форме электронного документа на официальный адрес электронной почты.**

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора.

Текст Согласия мной прочитан, дополнений, замечаний и возражений не имею.

Настоящее согласие подписано «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует бессрочно, до момента его отзыва.

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

Подпись пациента/законного представителя (расшифровка подписи)

1. В том числе направление сведений составляющих врачебную тайну. [↑](#footnote-ref-1)