

**ООО "МЕДБИЗНЕСЭКСПЕРТ"**

**СОГЛАСИЕ**

на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну

Я, \_\_\_\_\_, 19\_\_ года рождения

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

Паспорт гражданина РФ, серия: \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан:

\_\_\_\_\_

подтверждаю свое согласие на обработку ООО "МЕДБИЗНЕСЭКСПЕРТ» моих персональных данных или персональных данных

(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения субъекта в случае его недееспособности или смерти)

Даю свое согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, ООО «МЕДБИЗНЕСЭКСПЕРТ» при оказании услуг, в том числе в привлекаемых для этого медучреждениях.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ (Подпись)