г. Комсомольск-на-Амуре,
проспект Ленина 34/3,
тел.:+7(4217) 513-500
Лицензия №ЛО-27-01-002537 от 08.05.2018

Согласие на предоставление сведений о состоянии здоровья иным лицам

Я, _____
(ФИО)

«_____»_____года рождения, имеющий (ая) паспорт гражданинаРФ

паспорт: серия_____номер_____

выданный:_____

дата выдачи: «_____» _____г.

Даю согласие ООО "Медицинский центр Озон", свое согласие на предоставление

_____

_____
(фамилия имя отчество лица)

«_____» _____года рождения, имеющему паспорт серии_____

№_____, выданный _____

_____

сведений о факте моих обращений за оказанием медицинской помощи, состоянием моего здоровья и диагнозе, сведений о проведенных мне медицинских манипуляциях, а также иных сведений, полученных при моем медицинском обследовании и лечении, и составляющих врачебную тайну.

Дата «____»_____20_____г.

Подпись _____