

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, нижеподписавшийся(ая) _____
_____ ,

подписывая настоящий документ, подтверждаю, что в соответствии со статьей 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. №5487-1, по моей воле, в доступной для меня форме, **проинформирован(а)** о текущем состоянии моего здоровья.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю информированное добровольное согласие ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» на обработку своих персональных данных для организации мне медицинской помощи.

Я понимаю, что для этого могут быть проведены необходимые диагностические исследования, медицинские процедуры и манипуляции, и даю информированное добровольное согласие ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» на их выполнение.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).

Подпись пациента _____/_____/.

« ____ » _____ 20 г.

Подпись специалиста ФГБНУ «РНЦХ им. акад.Б.В.Петровского»

_____/_____/.

