

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ
имени академика Б.В. Петровского»
Москва, Абрикосовский пер., 2 тел: +7(499) 248-11-45**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА
ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних или признанных недееспособными граждан.

Я, _____, _____ года рождения,
(ФИО полностью)
паспорт: _____, выдан: _____,
_____ являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем,
опекуном, попечителем) ребенка, лица, признанного недееспособным: _____
_____ года рождения,
(ФИО полностью)

подписывая настоящий документ, подтверждаю, что в соответствии Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 г. по своей 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 медицине 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).

«___» _____ 201__ г. Подпись пациента/законного представителя / _____ /
Расшифровка подписи

Расписался в моем присутствии:
«___» _____ 201__ г. _____ / _____ /
Подпись (Должность, И.О. Фамилия)
Подпись специалиста ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского»

