

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ*

Я, _____, при зверненні
(прізвище, ім'я, по батькові)

у _____ ТОВ «АМЕДІКА»
(назва закладу охорони здоров'я)

даю згоду на внесення моїх персональних даних до локальної інформаційної системи, яка є в закладі охорони здоров'я.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

“ _____ ” _____ 20__ року
(дата)

(підпис)

* Вкладний листок до облікових форм: № 003/о, № 025/о, затверджених цим наказом, № 003-1/о, № 096/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року №184, № 112/о, № 111/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.