

Директору ООО «Медицинский центр
«Врачебная практика» А.А. Чуракову

От _____
(ФИО пациента полностью / законного представителя
ребенка, не достигшего 15 лет / недееспособного лица)

Зарегистрированного по адресу
Саратов, Кировский район
Паспорт серия _____
№ _____
Выдан _____

**Отказ
в предоставлении персональных данных.**

«__» _____ 20__ г. мне было предложено предоставить персональные данные
в виде СНИЛС.

Я, _____,
(ФИО полностью)

- ✓ проинформирован (а) о возможности реализации моего права на доступ к медицинской документации посредством портала «ГОСУСЛУГИ» путем передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ (Единую государственную информационную систему здравоохранения);
- ✓ предупрежден (а), что без предоставления мной персональных данных в виде СНИЛС ООО «МЦ «Врачебная практика» не будет осуществлять передачу моей медицинской документации в ЕГИСЗ;
- ✓ заявляю отказ от предоставления персональных данных в виде СНИЛС;
- ✓ дальнейших претензий к ООО «МЦ «Врачебная практика» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Подпись

Расшифровка подписи

«__» _____ 20__ г.