**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА НАПРАВЛЕНИЕ (ПЕРЕДАЧУ) УВЕДОМЛЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА НАЛИЧИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФГИС «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» и обмена информацией о результатах таких исследований**

Настоящим я

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | |  |
| **Фамилия** | | | | | | **Имя** | | | | | | | | **Отчество** | | | | | | | дд | | мм | | | гггг |
| *законный представитель несовершеннолетнего/не дееспособного лица:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | |  |
| Фамилия | | | | | | Имя | | | | | | | | Отчество | | | | | | | дд | | мм | | | гггг |
|  | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |
| **Док.удос.личность** | | | | | | **Серия** | | | | | | | | **Номер** | | | | | | | **Дата выдачи** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Кем выдан** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| + | 8 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | | |
| **Телефон** | | | | | | | | | | | | | |  | | | **СНИЛС** | | | | | | | | | |
| Зарегистрирован по адресу: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |
| **Край/район** | | | | | | **Город/поселок** | | | | | | | | **Улица** | | | | | | | **Дом** | | **Кв.** | | **Кор.** | |

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и действующим законодательством Российской Федерации, я

|  |  |
| --- | --- |
|  | даю согласие |
|  | выражаю отказ |

на направление информации, связанной с оказанием мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг[[1]](#footnote-1), обществу с ограниченной ответственностью Диагностический центр «Лабораторная диагностика – Асклепий» (ООО ДЦ «ЛД – Асклепий») (далее - Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», **Федеральному бюджетному учреждению науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии»,** следующие сведения: серия и номер документа, удостоверяющего личность (физического лица), номер СНИЛС, фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица, номер заказа, дату забора, дату проведения исследования, **результаты лабораторных исследований** на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции/на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов) и (или) на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, **для выгрузки результатов исследований в личный кабинет на портале «Государственные услуги».**

Сведения передаются посредством передачи сведений в форме электронного документа на официальный адрес электронной почты.Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора. Текст Согласия мной прочитан и понятен, замечаний и возражений не имею.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Настоящее согласие подписано |  |  |  | и действует бессрочно, до момента его отзыва |
|  | дд | мм | гггг |  |
|  | | |
| подпись пациента  законного представителя | Расшифровка подписи |

1. В том числе направление сведений составляющих врачебную тайну. [↑](#footnote-ref-1)