

Руководителю {полное_наименование_клиники}
{фио_директора_клиники}

от {фио_пациента}
№ мед.карты: {№_карточки_пациента}

данные документа уд-го личность:
серия и номер: {паспорт_пациента}
дата выдачи: {дата_выдачи_(паспорт_пациента)}
выдан: {место_выдачи_(паспорт_пациента)}
код подр-
я: {код_подразделения_(паспорт_пациента)}

адрес места жительства или
проживания: {адрес_пациента}

Тел: {моб._телефон_пациента}

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе в предоставлении персональных данных в систему ЕГИСЗ

{дата_визита} при оформлении Договора на оказание платных медицинских услуг, мне было предложено предоставить свое информированное согласие на передачу персональных данных в систему ЕГИСЗ с предоставлением номера СНИЛС и ИНН пациента.

В соответствии с нормами Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», **я не даю согласие** на передачу персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, гражданство, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, фотографическое изображение, аудиозаписи телефонных разговоров, сведения о приобретенных товарах и оказанных услугах, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях) в **Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ)**.

Дальнейших претензий к организации ({полное_наименование_клиники}) по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____ {фио_пациента} _____ {текущая_дата} _____
(подпись)