

**ФИО главврача,
либо директора мед.учреждения, наименование
мед.учреждения**

От _____
(ФИО полностью)

Зарегистрированного по адресу

Паспорт серия _____ **№** _____

Выдан _____

(Наименование и код подразделения)

**Отказ
в предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ**

« ___ » _____ 20__ г. мне было предложено предоставить персональные данные для передачи в ЕГИСЗ.

Я, _____, не даю согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения.

Дальнейших претензий к организации (Наименование организации мед.учреждения) по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____/ _____/
Подпись / Расшифровка подписи

« ___ » _____ 20__ г.