В ООО «МиГ»

165300, г. Котлас, Архангельская область,

ул. Набережная, д. 14

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или его законного

представителя)

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**о согласии гражданина**

**на передачу сведений,**

**составляющих врачебную тайну путем направления по электронной почте**

На основании вышеизложенного и руководствуясь п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

заявляю о своем согласии на передачу сведений о пациенте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О., дата рождения пациента)

а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(перечень разглашаемых сведений), ставшей известной работникам ООО «МиГ» в связи с исполнением договора на оказание платным медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, составляющих врачебную тайну путем направления по электронной почте:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

 Я проинформирован о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации и документации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем, возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности.

 Несмотря на риск утечки персональных данных, и сведений, составляющих врачебную тайну пациента, я выражаю желание и прошу работников медицинской организации направить мне вышеуказанную информацию, так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством и комфортом ее получения по современным каналам связи.

 Я осознаю все риски и готов принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Пациент (представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.