

Руководителю Организации
ООО "Центр Стоматологической Имплантологии"
Вуйнова Ирина Валерьевна

От {ФИОПациента}

(ФИО полностью)

Зарегистрированного по адресу

{АдресРегистрацииПациента}

{ПаспортныеДанныеПациента}

{Дата}

**Отказ от передачи персональных данных в
Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения**

Я, {ФИОПациента} {ДатаРожденияПациента}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного
представителя)

зарегистрированная по адресу: {АдресРегистрацииПациента}

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи и специализированной
медицинской помощи в ООО "Центр Стоматологической Имплантологии"

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от передачи моих персональных данных (ФИО, дата рождения, место регистрации, номер документа удостоверяющего личность, СНИЛС) в ЕГИСЗ на основании п\п «е» пункта 3 Положения о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 9 февраля 2022 г. N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения".

Мне разъяснили, и я понимаю все последствия своего отказа.

/

Подпись

/ {ФИОПациента}

Расшифровка подписи