

**Заявление
на получение результатов медицинских обследований
и осмотров по открытым каналам связи**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____ г.р., проживающий(-ая) по адресу: _____
(дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,

выдан _____

_____ (дата и название выдавшего органа)

с целью ознакомления с результатами медицинских осмотров и обследований, пройденных
мною / моим ребенком / подопечным _____
(ненужное зачеркнуть)

_____ Г.Р.,
(Ф.И.О. ребёнка/подопечного – полностью, дата рождения)

в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенном по адресу: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее – Оператор), включающими следующие персональные данные: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), результаты обследований, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, прошу Вас осуществлять отправку вышеизложенных результатов по электронной почте:

_____ (адрес электронной почты)

Подписывая данное заявление, я даю согласие на передачу результатов медицинских обследований и осмотров по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается Оператором. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Условием прекращения передачи персональных данных по открытым каналам связи является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Заявления на передачу моих персональных данных по открытым каналам связи.

Согласие, выраженное в настоящем Заявлении, вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

« _____ » _____ 20__ г.
(дата)

_____/_____
(подпись) / (расшифровка подписи)

**Заявление на получение результатов медицинских обследований
и осмотров по открытым каналам связи
с согласия законного представителя (для лиц в возрасте от 15 до 18 лет)**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____ г.р., проживающий(-ая) по адресу: _____
(дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____

выдан _____

_____ (дата и название выдавшего органа)

с согласия своего законного представителя

_____ (Ф.И.О. представителя полностью)

_____ г.р., проживающего(ей) по адресу: _____
(дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____

выдан _____

_____ (дата и название выдавшего органа)

с целью ознакомления с результатами медицинских осмотров и обследований, пройденных мною в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенном по адресу: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее – Оператор), включающими следующие персональные данные: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), результаты обследований, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, прошу Вас осуществлять отправку вышеизложенных результатов по электронной почте:

_____ (адрес электронной почты)

Подписывая данное заявление, я даю согласие на передачу результатов медицинских обследований и осмотров по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается Оператором. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Условием прекращения передачи персональных данных по открытым каналам связи является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Заявления на передачу моих персональных данных по открытым каналам связи.

Согласие, выраженное в настоящем Заявлении, вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

С дачей согласия на получение результатов медицинских обследований и осмотров по открытым каналам связи согласен(-на):

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись представителя) (расшифровка подписи представителя)

**Заявление на единовременное получение
результата(-ов) медицинского(-их) обследования(-й)
и/или осмотра(-ов) по открытым каналам связи**

Я, _____ ,
(Ф.И.О. полностью)

_____ г.р., проживающий(-ая) по адресу: _____
(дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____ ,

выдан _____

_____ ,
(дата и название выдавшего органа)

с целью ознакомления с результатам(-и) медицинского(-их) осмотра(-ов) и обследования(-ий):

_____ ,
(наименование медицинского(-их) осмотра(-ов) и/или обследования(-й), дата прохождения)

пройденного(-ых) мною / моим ребенком / подопечным _____
(ненужное зачеркнуть)

_____ , _____ . _____ . _____ Г.р.,
(Ф.И.О. ребёнка/подопечного – полностью, дата рождения)

в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенном по адресу: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее – Оператор), включающими следующие персональные данные: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), результаты обследований, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, прошу Вас осуществить отправку вышеизложенного(-ых) результата(-ов) по электронной почте:

_____ .
(адрес электронной почты)

Подписывая данное заявление, я даю согласие на передачу результатов медицинских обследований и осмотров по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается Оператором. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Согласие, выраженное в настоящем Заявлении, вступает в силу со дня его подписания и действует до момента фактической передачи мне информации о результатах медицинского(-их) осмотра(-ов) и/или обследования(-й) по открытым каналам связи.

Согласие может быть отозвано путём составления мною письменного отзыва заявления на получение результатов медицинских анализов и осмотров по открытым каналам связи.

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата)

_____ /
(подпись)

_____ /
(расшифровка подписи)

**Заявление на единовременное получение
результата(-ов) медицинского(-их) обследования(-й)
и/или осмотра(-ов) по открытым каналам связи
с согласия законного представителя (для лиц в возрасте от 15 до 18 лет)**

Я, _____ ,
(Ф.И.О. полностью)

_____ г.р., проживающий(-ая) по адресу: _____
(дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____ ,

выдан _____

_____ ,
(дата и название выдавшего органа)

с согласия своего законного представителя

_____ ,
(Ф.И.О. представителя полностью)

_____ г.р., проживающего(-ей) по адресу: _____
(дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____ ,

выдан _____

_____ ,
(дата и название выдавшего органа)

с целью ознакомления с результатам(-и) медицинского(-их) осмотра(-ов) и обследования(-ий):

_____ ,
(наименование медицинского(-их) осмотра(-ов) и/или обследования(-й), дата прохождения)

пройденного(-ых) мною в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенном по адресу: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее – Оператор), включающими следующие персональные данные: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), результаты обследований, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, прошу Вас осуществить отправку вышеизложенного(-ых) результата(-ов) по электронной почте:

_____ .
(адрес электронной почты)

Подписывая данное заявление, я даю согласие на передачу результатов медицинских обследований и осмотров по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается Оператором. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Согласие, выраженное в настоящем Заявлении, вступает в силу со дня его подписания и действует до момента фактической передачи мне информации о результатах медицинского(-их) осмотра(-ов) и/или обследования(-й) по открытым каналам связи.

Согласие может быть отозвано путём составления мною письменного отзыва заявления на получение результатов медицинских анализов и осмотров по открытым каналам связи.

« »
(дата) 20 г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

С дачей согласия на единовременное получение результата(-ов) медицинского(-их) обследования(-й) и/или осмотра(-ов) по открытым каналам связи согласен(-на):

« »
(дата) 20 г. _____ / _____ /
(подпись представителя) (расшифровка подписи представителя)

**Отзыв заявления
на получение результатов медицинских обследований
и осмотров по открытым каналам связи**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

прошу АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенный по адресу:
628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73, прекратить отправку по
электронной почте результатов медицинских обследований и осмотров,

пройденных мною / моим ребенком / подопечным _____
(ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. ребёнка/подопечного)

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

_____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)