

Стоматология ООО «Дент Профи»

От \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

Зарегистрированного по адресу:

\_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

(Кем, когда, код подразделения)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Отказ  
в предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ**

Мне было предложено предоставить персональные данные для передачи в ЕГИСЗ.

Я, \_\_\_\_\_, НЕ даю согласие на передачу данных в Единую  
(ФИО полностью)

государственную информационную систему здравоохранения.

Дальнейших претензий к организации ООО «Дент Профи» по передаче данных в ЕГИСЗ  
не имею.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.