

Стоматология ООО «Дент Профи»

От _____

(ФИО полностью)

Зарегистрированного по адресу:

Серия ____ **№** _____

Выдан _____

(Кем, когда, код подразделения)

**Согласие
о предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ**

Мне было предложено предоставить персональные данные для передачи в ЕГИСЗ.

Я, _____, 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.