

Указывается наименование населённого пункта, в котором дано согласие

Указывается дата дачи согласия

СОГЛАСИЕ

на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну

Настоящим документом я, *Фамилия Имя Отчество, дата рождения*, паспорт гражданина *наименование государства*, серии *XX XX* № *XXXXXX* выдан *наименование органа выдавшего паспорт и дата выдачи паспорта*, проживающий по адресу: *адрес проживания*, в соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ИНН 7821006887; КПП 784301001) своё согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну, следующему лицу (*следующим лицам*):

Фамилия Имя Отчество, дата рождения, паспорт гражданина *наименование государства*, серии *XX XX* № *XXXXXX* выдан *наименование органа выдавшего паспорт и дата выдачи паспорта*, проживающий по адресу: *адрес проживания* (далее – Доверенное лицо)
и (или)

Полное наименование юридического лица (сокращённое наименование юридического лица) (ИНН *XXXX*, КПП *XXXX*, место нахождения (юридический адрес): *адрес согласно ЕГРЮЛ*) в лице надлежащим образом уполномоченного представителя (далее – Доверенное лицо).

Настоящим согласием я разрешаю федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России) разглашать (предоставлять) исключительно Доверенному лицу на основании письменного запроса и при условии передачи оригинального экземпляра настоящего согласия, а также предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина, и документа, подтверждающего полномочия представителя юридического лица *при необходимости*, следующие сведения:

- о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи;
- о состоянии моего здоровья и диагнозе;
- иные сведения, полученные при моём медицинском обследовании и лечении.

Я разрешаю ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России разглашать (передавать) сведения, составляющие врачебную тайну, Доверенному лицу устно и письменно, в том числе путём выдачи документов (копий документов) на бумажном носителе и электронных документов.

Я разрешаю ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России в соответствии с пунктом 17 Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (далее – Порядок), утверждённого приказом Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н, на основании письменного заявления при предъявлении документа, удостоверяющего личность, указанного в пункте 2 Порядка, и настоящего согласия выдавать Доверенному лицу дубликаты, копии относящихся ко мне справок, медицинских заключений.

Настоящее согласие действует при моей жизни и после моей смерти.

Фамилия Имя Отчество, собственноручная подпись

Место для удостоверительной надписи нотариуса

о свидетельствовании подлинности подписи на документе