



ООО Лечебно-диагностический центр «Медицина» МО. г. Наро-Фоминск, Шибанкова 3. 8(496)344-12-03 www ldc-medicina.ru

Генеральному директору ООО ЛДЦ «Медицина»

Морякову А.В.

От (ФИО пациента) _____

Паспорт _____

Заявление

Я, (ф.и.о пациента), согласно достижению 15 лет и пунктам ФЗ № 323 «Об

Основах охраны здоровья граждан в РФ»

1. разрешаю ООО ЛДЦ « МЕДИЦИНА» предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, в том числе результатов медицинских исследований, следующим лицам: _____

(подпись пациента)

2. Запрещаю ООО ЛДЦ «Медицина» предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, в том числе результатов медицинских исследований, третьим лицам, в том числе моим законным представителям.

(подпись пациента)

Дата _____