

**СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ
ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ***ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ*

Я, нижеподписавшийся(ая),

Ф.И.О.: _____**Дата рождения:** « ____ » _____ г. **Телефон:** _____**Документ, удостоверяющий личность:** _____даю согласие **ООО «БИОЛАБ»** на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (о факте обращения, состоянии здоровья, результатах исследований), следующим лицам в моих интересах:

№	Ф.И.О. лица	Кем приходится	Телефон
1			
2			

Объём сведений (нужное отметить): ☐ результаты исследований; ☐ сведения о готовности заказа; ☐ иное: _____**Способ передачи:** ☐ лично при предъявлении документа; ☐ по телефону при сообщении кодового слова; ☐ через личный кабинет; ☐ иное: _____**Кодовое слово (при необходимости):** _____**Срок действия согласия:** _____ (либо до отзыва). Согласие может быть отозвано письменным заявлением Оператору.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись:

____ / ____