

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА
ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ***

Я, _____, при зверненні
(прізвище, ім'я, по батькові)

у _____ ДемАрк
(назва закладу охорони здоров'я)

даю згоду на внесення моїх персональних даних до локальної інформаційної системи, яка є в закладі охорони здоров'я.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно вимог Закону України «Про захист персональних даних»

(підпис)

«14» листопада 2024
(дата)

**Вкладний листок до облікових форм: № 003/о, № 025/о, № 043/о затверджених цим наказом, № 003-1/о, № 096/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року № 184, № 122/о, № 111/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.*