

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

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

у _____
(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 до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

(підпис)

“____” _____ 20____ року
(дата)