Приложение к договору на получение платных медицинских услуг

Согласие

на передачу сведений о результатах лабораторных исследований на COVID-19

в ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения)

даю согласие (не даю согласие) на передачу сведений о результатах исследования  
 *(нужное подчеркнуть)* на COVID-19 в ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора с целью загрузки в Федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)