

III. Дані виконавця

Назва*

...

Адреса місця
реєстрації*

Код ЄДР або Реєстраційний номер облікової картки платника
податків*

Серія, номер та дата видачі ліцензії*

Номер телефону адміністратора*Адреса електронної пошти*

Своїм підписом я, _____ (ПІБ), підтверджую достовірність наданих мною даних, надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я, а саме: на вчинення будь-яких дій, пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги.

.....

.....

.....

(дата підписання дд.мм.рррр)

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)

.....

.....

(підпис лікаря)

..... (ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)