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

(Ф.И.О. полностью )

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер)

уведомлен и владею сведениями о том, что мною передаются по открытому каналу связи сведения, составляющие мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, иные сведения, полученные Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (далее ГБУЗ СОКОД) при моем медицинском обследовании и лечении, что является сведениями, составляющими врачебную тайну.

 Я осознаю и понимаю, что передаваемая мною информация может быть доступна и раскрыта третьими лицами, при этом ГБУЗ СОКОД не несет ответственность за возможное распространение информации третьими лицами предоставленных, либо передаваемых сведений, составляющих врачебную тайну, персональные данные.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью) подпись