

**Государственное учреждение здравоохранения «Брестская городская  
поликлиника №5»**

**Заявление**

Я \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата  
рождения пациента, документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер  
\_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_, дата  
выдачи \_\_\_\_\_ г., идентификационный номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, адрес  
электронной почты, контактный номер телефона:

\_\_\_\_\_ («даю согласие на», «отказываюсь  
от», «отзываю согласие на» внесение(я) и обработку(и) персональных  
данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании  
электронной медицинской карты пациента, информационных систем,  
информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в  
здравоохранении

\_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия медицинского работника)

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.