

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ

Фамилия, имя, отчество пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Настоящим разрешаю ООО «ПрофиМед» отправлять информацию из моей медицинской карты (результаты анализов, исследований и др) по нижеуказанному электронному адресу:

Обращаем Ваше внимание на то, что данная информация будет передана по незащищенным каналам связи.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_