

Главному врачу БУЗОО «КПБ им. Н. Н.
Солодникова»
А. И. Чеперину

Телефон _____

Согласие на передачу данных

Я _____
(ФИО, дата рождения)

Добровольно даю согласие на передачу из БУЗОО «Клиническая психиатрическая
больница им. Н. Н. Солодникова» медицинских документов и сведений обо мне,
составляющих врачебную тайну, в целях моего лечения (обследования) в

(Наименование организации, из которой поступает запрос)

«__» _____ 20__ года

Подпись пациента _____

(ФИО врача)

(подпись)