

ДОВЕРЕННОСТЬ
на получение медицинской документации

г. Дубна

«....» 20 ...год

Я, _____
паспорт _____ выдан _____

(орган выдачи, дата выдачи)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

настоящим предоставляю:

_____ (ФИО доверенного лица)
паспорт _____ выдан _____

(орган выдачи, дата выдачи)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

право получать от моего имени в ООО «Мед+Эксперт» _____
_____ (результаты анализов и
другие виды документации).

Я уведомлен и даю свое согласие на то, что при получении вышеуказанной медицинской документации Доверенному лицу будут раскрыты сведения, составляющие врачебную тайну, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» а также переданы персональные данные в соответствии со ст. 7 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 N 152-ФЗ. Никаких претензий к медицинской организации по поводу раскрытия вышеуказанных сведений я не имею.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия и действительна при предъявлении паспорта доверенного лица.

Подпись доверенного лица _____ подтверждаю.

_____ (подпись, ФИО доверителя)