

Согласие субъекта на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

зарегистрированного по адресу: _____

даю своё согласие на обработку моих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг АНО «ЦКМСЧ».

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)