

Форма

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
ООО «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛ» (ОГРН: 1167746053749)
об установлении кодового слова**

г. Москва

Дата _____

ПАЦИЕНТ	
ФИО	
дата рождения	
адрес проживания	
адрес регистрации	
реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи	
контактный телефон	
адрес электронной почты	

Я согласен (-а) на использование приведенного ниже кодового слова для идентификации моей личности при получении мной сведений, составляющих врачебную тайну. Кодовое слово состоит из одного слова.

(укажите кодовое слово)

Я предупрежден (-а) о том, что при обращении на телефонный номер ООО «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛ», помимо кодового слова, мне необходимо назвать свои ФИО и дату рождения.

Подпись Пациента