

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ\***

Я, \_\_\_\_\_, при зверненні  
(прізвище, ім'я, по батькові)

у \_\_\_\_\_  
(назва закладу охорони здоров'я)

даю згоду на внесення моїх персональних даних до локальної інформаційної системи, яка є в закладі охорони здоров'я.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

\_\_\_\_\_  
(підпис)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(дата)