

	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
	Форма заявления пациента на имя руководителя консультативно-диагностического центра ИГМАПО - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО о запрете сообщения кому-либо информации о состоянии своего здоровья

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
 Директор ИГМАПО
 Профессор  Шпрах В.В.
 «16» февраля 2017 года

**Форма заявления пациента
на имя руководителя консультативно-диагностического центра
ИГМАПО - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
о запрете сообщения кому-либо информации о состоянии своего здоровья**

Заведующему консультативно-диагностическим
 центром Матвеевой И.В.
 от _____ ФИО
 проживающего по адресу

В соответствии с законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» запрещаю передавать кому-либо любую информацию о состоянии моего здоровья.

Дата

Подпись

	<i>ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России</i>
	Форма заявления пациента на имя руководителя консультативно-диагностического центра ИГМАПО - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО о запрете сообщения кому-либо информации о состоянии своего здоровья

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ИГМАПО

Профессор _____ Шпрах В.В.

«16 » февраля 2017 года

**Форма заявления пациента
на имя руководителя консультативно-диагностического центра
ИГМАПО - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
о запрете сообщения кому-либо информации о состоянии своего здоровья**

Заведующему консультативно-диагностическим
центром Матвеевой И.В.
от _____ ФИО
проживающего по адресу

В соответствии с законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» запрещаю передавать кому-либо любую информацию о состоянии моего здоровья.

Дата

Подпись