Заместителю генерального директора

АО «Медицинские технологии»

Н.В. Соколовой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(паспорт: серия, номер, выдан когда, выдан кем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(паспорт: серия, номер, выдан когда, выдан кем)

***ЗАЯВЛЕНИЕ***

Прошу направить результаты выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключения специалистов следующим способом:

По электронной почте: e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По почте:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Факсом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю право передать результаты выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов лицу (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , действующему по доверенности от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г. (в пределах сроков действия доверенности №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

На передачу результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов открытым и незащищенным каналом (способом) настаиваю. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден. Претензий к АО «Медицинские технологии» в области связи и информации не имею.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(фамилия, имя, отчество прописью) (подпись)

К заявлению прилагаю:

Копию (сканированную копию) паспорта.

Копию (сканированную копию) договора на оказание медицинских услуг с оператором моих персональных данных (АО "Медицинские технологии").

Доверенность на получение результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов на лицо, не указанное мною в СОГЛАСИИ на обработку персональных данных, данном мною АО "Медицинские технологии".

Копию (сканированную копию) паспорта лица, не указанного мною в СОГЛАСИИ на обработку персональных данных, данном мною АО "Медицинские технологии".

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(фамилия, имя, отчество прописью) (подпись)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.