

Главному врачу
ГУЗ «Клиническая больница № 5»
К.П. Позднышеву

_____ (ФИО полностью)

проживающий (ая) по адресу:

ул. _____

дом _____ корп. _____ кв. _____

город _____ индекс _____

конт. тел. _____

Заявление

Разрешение на обработку персональных данных:

Я, даю согласие на обработку всех своих персональных данных предоставляемых мной государственному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу им. Пельше ул., д. 2, Волгоград, 400009, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам.

Срок действия согласия в течение 5 лет. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Вх. № _____

от _____ 20 _____