

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**  
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ**  
**имени академика Б.В. Петровского»**  
Москва, Абрикосовский пер., 2 тел: +7(499) 248-11-45

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА**  
**ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних или признанных недееспособными гражданами.**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(ФИО полностью)  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем,  
опекуном, попечителем) ребенка, лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения,  
(ФИО полностью)

подписывая настоящий документ, подтверждаю, что в соответствии Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 г. по своей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о текущем состоянии моего здоровья.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю информированное добровольное согласие ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» на обработку своих персональных данных для организации мне медицине помощи.

Я понимаю, что для этого могут быть проведены необходимые диагностические исследования, медицинские процедуры и манипуляции, и даю информированное добровольное согласие ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» на их выполнение.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Подпись пациента/законного представителя / \_\_\_\_\_ /  
Расшифровка подписи

Расписался в моем присутствии:  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись (Должность, И.О. Фамилия)  
Подпись специалиста ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского»

