

Приложение № 4
к приказу № 48 от 21.07.2021

Утверждаю:

Главный врач Центра
пластической хирургии и
косметологии «RIVER»

О.П. Ефремов



**Форма заявления пациента на имя главного врача медицинской
организации о запрете сообщения кому-либо информации о состоянии
своего здоровья**

Главному врачу
ООО МЦ «РИВЕР»
Центр пластической хирургии и косметологии «River»
О.П. Ефремовой

от (ФИО) _____
проживающему(ей) по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с законом Российской Федерации от 21.11.2011 г.
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
запрещаю передавать кому-либо любую информацию о состоянии моего
здоровья.

Дата: _____

Подпись _____