З А Я В Л Е Н И Е

Я_____

(ФИО пациента/родителя/законного представителя, дата рождения)

Паспорт серия _____ № _____ Выдан _____

(когда)

_____

(название выдавшего органа)

согласен(на), чтобы результаты исследований, в том числе результаты цито-гистологических исследований, мои/моего ребенка/подопечного

(нужное подчеркнуть)

_____

(ФИО ребенка/подопечного, дата рождения)

высылали по указанной мной электронной почте

_____@_____

(печатными заглавными буквами)

сотрудники ООО “_____”.

Я несу полную ответственность за принятие информации третьим лицом.

Дата “_____”_____20__ г. Подпись_____