

## З А Я В Л Е Н И Е

Я \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, дата рождения)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_  
(когда)

\_\_\_\_\_ (кем)

согласен (на), чтобы мои результаты анализов высылали по указанной  
мной электронной почте \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(печатными заглавными буквами)

сотрудники ООО “ \_\_\_\_\_ ”.

Я несу полную ответственность за принятие информации третьим лицом.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.