

## СОГЛАСИЕ

### на направление результатов лабораторных исследований по электронной почте

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

**Я даю согласие** на направление результатов лабораторных исследований, проведенных в клинико-диагностической лаборатории СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины», а в случае необходимости в других клинико-диагностических лабораториях, мне лично несовершеннолетнему (законным представителем, которого я являюсь) **по электронной почте:** \_\_\_\_\_, **являющейся незащищенным каналом связи.**

адрес электронной почты

**Мне разъяснено,** что результаты лабораторных исследований являются информацией о состоянии моего здоровья и в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", относятся к категории информации, составляющей врачебную тайну.

**Мне также разъяснено,** что администрация СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины» не несет ответственности за возможное разглашение информации о моем (моего ребенка) состоянии здоровья в случае получения доступа третьими лицами к моей электронной почте.

Я даю согласие на передачу результатов лабораторных исследований администратором отделения платных услуг СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины» на мою электронную почту: \_\_\_\_\_, по незащищенному каналу связи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

**Подпись субъекта персональных данных:**

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.