ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 19 березня 2018 року № 503

ДЕКЛАРАЦІЯ № ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ, ЯКИЙ НАДАЄ											ПЕ	EPB	ИН	HY:	y M	ſΕД	ĮИч	HF.	y	ĮΟ	ПО	M	OΓ	Y				
	. ПАЦІЄНТ .1. Прізвище														1.7.3. Бажаний спосіб зв'язку із пацієнтом (відмітин позначкою « X »)													
														Те	елеф	он												
1.2	. Ім'я				 електронна пошта 1.8. Документ, що посвідчує особу*: 1.8.1. Тип документу(відмітити позначкою «Х»): 																							
1.4	• 1M >	ı 	-		1	I I		1		-			1	.0.1.	ТИІ	і док	умен	нгу(зюмі	mu	mu n	юзн	ичко	ж ((A)))	•		
												 □ паспорт громадянина України □ тимчасове посвідчення громадянина України 																
																				_				_				
1.3	. По	бать	кові					цтв чног			900ж	сен	ня (о	оля о	сю,	які	не с	юся	гли									
															посв	ідка	на п	ості	йне і	npo	жив	занн	я в З	Укра	аїні			
1.4	. Дат	ана	родж	сення	I	<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>		\square посвідчення біженця \square посвідчення особи, яка потребує додаткового														020		
														захи	істу							•						
1.5	. Mic	еце н	арод	жені	ня											ія (з у, те										вид	ιачі	
1.6	. Ста	ть(в	ідміп	пити	позн	ачко	ю «Х»)																				
	чол	овіча	a																									
	жін	оча											_										_					
1.7. Контактні дані 1.7.1. Контактний номер телефону																												
	3	8	(стра а по				оме i –			піко ІП)			сарт ерія		
1.7			а еле	ктрс	нної	пошт	ги (за	наяв	вност	i)			H n	оме ерек	р п :	аспо ня ві н про	рту Эмов	(для вляюі	а фіз пься	вичн від	ux o	сіб, ийня	які ття	чер 1 РЕ	ез р НОК	- реліг ПП	гійні та	
																і про пасп	,		ыони	u KC	лир	олгон	очии	· ope	.ин і	мин	лпь	

*Зазначаються реквізити документу, який використовувався для заповнення Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я	1.10.8. Область (не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь)													
або пред'являвся уповноваженій особі надавача ПМД														
1.9. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі														
наявності)	1.11. Адреса зареєстрованого місця проживання пацієнта (не заповнюється, якщо збігається з адресою фактичного місця проживання) 1.11.1. Тип та назва вулиці (відмітити позначкою «Х»):													
1.10. Адреса фактичного місця проживання чи перебування (для надання допомоги за місцем проживання чи перебування та листування) 1.10.1. Збігається з адресою зареєстрованого місця проживання (відмітити позначкою «Х»): 1.10.2. Поштовий індекс 1.10.3. Тип та назва вулиці(відмітити позначкою «Х»): 3 вулиця 4 бульвар 5 проспект	 □ вулиця □ бульвар □ проспект □ провулок □ площа □ проїзд □ узвіз □ майдан □ інший тип елемента вулично-дорожнью мережі (зазначається разом із назвою) 													
□ <i>провулок</i>														
🗆 площа														
□ проїзд														
май∂ан														
інший тип елемента вулично-дорожньої мережі (зазначається разом із назвою)	1.11.2. Будинок													
	1.11.3. Квартира													
	T.11.5. Kbapinpa													
1.10.4. Будинок	1.11.4. Тип та назва населеного пункту (відмітити позначкою «Х»):													
	,													
1.10.5. Квартира	⊔ місто □ село													
	□ селище міського типу													
1.10.6. Тип та назва населеного пункту (відмітити позначкою « X »):														
	1.11.5. Район (не заповнюється для міст обласного													
🗆 село	значення)													
Селище міського типу														
	1.11.6. Область (не заповнюється для м. Київ та м.													
1.10.7. Район (не заповнюється для міст обласного значення)	Севастополь)													

1.12																	I. A,	дре	ca	елек	троі	ної	по	шти							
	разі настанні екстреного випадку з пацієнтом (для осіб віком від 14 до 18 років обов'язково зазначається один з батьків)																														
оди	дин з батьків) .12.1. Прізвище, ім'я, по батькові																			+											-
1.12	.1.1	Ipi	ввиш	це,	1М Я	, по	оат	ъко	B1			ı				<u></u>															
																				міс					ди	чни	х п	осл	іуг Г	IM,	Д
																				сий 1 а наз					iim	umı	ı nos	зна	чкок	o «Z	(»):
																		7					•								
																	L	_		лиця											
																		-	•	льва											
1.12	.2. I	Кон	такт	ниі	й но	мер	тел	ефо	ну									_	•	ocne											
		Τ	Т				T.				T							_		овул	OK										
+	3	8	()										-		оща оїгд											
2. J	ПК	(AI	Р. Я	КІ	ий	H	٩Л	АE	П	иπ							⊔ проїзд □ узвіз														
											1						□ майдан														
	2.1. Прізвище, ім'я, по батькові														1	 — інший тип елемента вулично-дорожнь мережі (зазначається разом із назвою) 														сньо	
	_	_																	ме	греж									•		
																	1		T							T				ı	
																													-		-
	2.2. Контактинй номер телефону лікора														3.5	5.2.	Бул	иі	юк	ı			1	ı				-		1	
2.2.	.2. Контактний номер телефону лікаря																	<u> </u>		1	1										
+	+ 3 8 ()																			_											
2.3. Адреса електронної пошти лікаря																	а наз « <i>X»)</i>		асел	ен	ого 1	пун	нкту	/ (вi	дмі	mum	ıu				
				_					Ī				T			<i>no</i>	эпи.	ıkur ¬	U	((21//)											
																	L] .	мі	сто											
																	L] ,	ce.	ло											
		сада	і ліі	сар	я-сі	пеці	аліс	ста	(від	міт	um	iu no)ЗН	ачі	кою		<u> </u>		ce.	лище	міс	ьког	o n	ıuny	,				1		I
<i>«X»</i> ,																															
		-	-								_	эків)			,																
		-		_						-		kie e	кл	ючі	но)	3.5	5.4.	Рай	Οŀ	н (не	запс	вню	€т	ься (для	я міс	ст о	бла	асно	20	
		-			-	акт	ики	- C1	меи	нии	JIII	кар				ЗН	ачен	іня)													
3. H 3.1.	АД	AB.	АЧ	ПM	IД	ша	/ TII	E																							
3.1.	1101	знс	наиг	исн	ува	ння	/ 111	Т			1	ı	1	1		1						$^{+}$									
																			[
																	5.5. васт			сть (і ь)	не за	пові	Ю	етьс	ЯД	И ВП.	и. К	иїв	та м		
													T				1	1	1	<u></u>	1		T								
													\dagger					+	_	_	_		\downarrow	-							
							<u> </u>													ний											
												ном)						єть ю ос											
паспорту (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та																це, i						21016		Pi		. 01	· <i>'</i> //				
повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті)															J				T												
Maro	1 D E	лДМ	птку	y I	iaci.	I don	1)	_		ı	T	<u> </u>	1	- 1			+	+	\dashv		+	+	+	+							_
																		_	_		-		1	_							
3.3.	Кон	так	тни	йн	оме	р те.	пеф	ону										\perp					1								
	3	8																													
+	J	0	(L		<u>, </u>			L_																				

4.3. Унікальний номер защеу в Сдиному державному державному демографічному ресстрі (у розі наявності) 4.4. Тип, серія (за наявності), номер, дата та орган вадачі документа, що посвідчує особу законного представника под посвідчує повноваження законного представника посвіднує повноваження законного представника посвідчує повноваження законного представника посвідчення дам посвідні дам дам под посвідчення дам посвідні дам дам под под дам дам под дам дам под под дам дам дам под под дам дам дам дам дам под под дам дам дам дам дам дам дам дам под дам дам дам дам дам дам дам дам дам да																															
4.4. Тип. серія (за наявності), номер, дата та орган видачі окумента, що посвідчує особу законного представника — при	4.2.	Дата	на	род	жен	КН																									
4.4. Тип. серія (за наявності), номер, дата та орган видачі окумента, що посвідчує особу законного представника — при																															
4.4. Тип, серія (за наявності), номер, дата та орган видачі окумента, що посвідчує особу законного представника — 1 правідня документа, що посвідчує особу законного представника — 2 правідня документа, що посвідчує повноваження законного представника 4.5. Тип документа, що посвідчує повноваження законного представника — 3 правідня документа, що посвідчує повноваження законного представника 4.5. Тип документа, що посвідчує повноваження законного представника — 4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термії під Документу, цо падавача ПМД тікарю, які замачення ів пій Декларації, за умови, що так дані обробівноть системи охорони здоров'я україни, а якіз законного представника — 4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термії під документу (за наявності), номер, дата та орган видачі, термії під Документу (за наявності), номер, дата та орган видачі, термії під Документу (за наявності), но посвідчує повноваження законного представника — 4.7. Контактний номер телефону — 3 в правідня помер телефону — 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) — 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронної пошти(за наявності) — 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електроннуї пошти за біт та таков достовірність паданих много даних. 7. Дата нодання 7. Дата	4.3.	Унік	аль	ниі	і́ но	мер	заг	ису	в€	дин	OMV	лет	эжа	вно	MV	,															
 4.4. Тип, серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, що посвідчує особу законнюго представника вида законного представника вида документа, що посвідчує особу законнюго представника вида документа, що посвідчує повноваження законного представника посвідчує повноваження вида документа, що посвідчує повноваження вида дання дан															,																
 4.4. Тип, серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, що посвідчує особу законнюго представника вида законного представника вида документа, що посвідчує особу законнюго представника вида документа, що посвідчує повноваження законного представника посвідчує повноваження вида документа, що посвідчує повноваження вида дання дан			1					1	1	1	1	1	1	1	<u> </u>																
 4.4. Тип, серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, що посвідчує особу законнюго представника вида законного представника вида документа, що посвідчує особу законнюго представника вида документа, що посвідчує повноваження законного представника посвідчує повноваження вида документа, що посвідчує повноваження вида дання дан																	,	L напаг	O 3E	OIIV	на зі	in.	 ვნe	nir	анн	σп	eneл	auv	3He0	იინ	пенн
персональних даних, заязичених в цій Декларації, те інформації необхідних даних, заязичених в цій Декларації, те інформації необхідних даних, заязичених в цій Декларації, те інформації необхідних даних д	4.4.	Тип.	cer	лія (за н	аяв	внос	ті).	ном	en.	лата	та	орг	ан																	
шформації необхідної в цілях охороні здоров'я встановлення медичного діагистви охороні здоров'я моривіднику — Національній служб здоров 'я України, адміністратору центральної бату дання слектроннюї системи охороні здоров'я, надавня уПМД та лікарам, які зазначені в цій Декларації, за умоні, що так дані обробляються медичними прасванникам або іншими уповноваженням особами надавача ПМД та лікарам, які зазначені в цій Декларації, за мони покладені обов'язки щодо забезпечення захисту персональних данніх, з метою здійснення медичного белілючням данням д																															
4.5. Тип документа, що посвідчує повноваження законного представника (відміншим продоставника (відміншим продоставника (відміншим продоставника надвана законного представника (відміншим такорам законного представника (відміншим прадставника дані обровня законного представника (відміншим позначкою «Х»): свідміншим позначкою про народження посвідчує повноваження законного представника (відміншим позначкою про народження посвідчує повноваження законного представника (відміншим позначкою про народження посвідчує повноваження законного представника (відміншим під документу (за наявності), помер, дата та орган видачі, термін дії документу (за наявності), по посвідчує повноваження законного представника (при декларації, а також іншим лікарям, як падаватимуть мені (паціснта, законним представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я.) 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом підтверджую добровільний вибіў лікаря, який надає первинну меличну допомогу, ще зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а такой достовірність наданих мною даних. 7. Дата подання 7. Дата подання 7. Дата подання									•		-																				
функціонування слектронної системи охорони здоров за україни, адміністратору центральної бази данию електронної системи охорони здоров за україни, адміністратору центральної бази данию електронної системи охорони здоров за україни, на яки законного представника абі іншим законного представника (відміншим позначкою «Х»): □ свідоциво про пародження посвідчення на посвідчує повіноваження законного представника (відміншим позначкою «Х»): □ свідоциво про народження посвідчення медичнот обелутовування, надання зікарських закобів посвідчення маконного представника законного представника законного представника законного представника на посвідчення маконного представника законного представника законного представника законного представника законного представника законного представника україни, за мелони законного представника законного представника україни, за мелони законного яко за доров'я зіларських закобів представника україних, з метою здійснення мадення законного представника законного представника законного представника законного представника україних про мене (пацієнта, законним представника кого я с) медичну допомогу, в межах, необхідних для надання такой допомоги. Підпис паціснта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я). 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ підпис паціснта в доставника законного представника охорони здоров'я) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ підпис паціснта пакой доставника законного представника охорони здоров'я) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ підпис паціснта в доставника законного представника охорони здоров'я) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ підпис паціснта законного представника охорони здоров'я законного законного представника охорони здоров'я законного законного законного законного законного законного законного законного з						1				-	1		- 1			1															
володільщю і розпоряднику — Національнії служб здоров'я України, адміністратору центральної бази даним слектронної системи охорони здоров'я, надвачу ПМД та лікарю, які зазначені в цій Декларації, за умови, що так дані обробляються медичники пособами надвача ПМД та національної служби здоров'я. України, на яки покладені обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних, з метою здійснення медичного обслуговування; наданія лікарських засобів функціонування електронної системи охорони здоров'я. Піднисуючи що Деклараціїю, я надаво згоду на доступ де перетляду даних про мене (паціснтя, законнитререлавника място я с) медичну допомогу, в межах, необхідних двя надавнат накої допомоги. Підпис паціснта (його законного представника) уго разі подання часу по позначка «Х» (у разі заповнення у паперовій формі) збо позначка «Х» (у разі подання цента (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) збо позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронної пошти (за наявності) 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ 1. Своїм підписсом підтверджую добровільний вибір лікаря, якиї падає первинну меличну допомогу, ще зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 7. Дата подання 7. Дата подання																															
здоров'я України, адміністратору центральної бази даних слектронної системи охорони здоров'я, надавачу ІПАД та лікарю, які зазначені в цій Декларації, за умови, що так дані обробляються медичинми працівниками або іншиму уповноваження посвідчує повноваження законного представника (відмітишти позначкою «Х»): свідоцівно про народження посвідчує повноваження законного представника (відмітишти позначкою «Х»): свідоцівно про народження посвідчує повноваження законного представника (відмітишти позначкою «Х»): Підписуючи що Деклараціїю, я надаво згоду на доступі де перегляду даних про мене (пацієнта, законним представником якого я с), що містяться в електронній системі охорони здоров'я, надав ПМД та перегляду даних про мене (пацієнта, законним представником якого я с), що містяться в електронній представником якого я с), що містяться в електронній представником якого я с), що містяться в електронній представником законного представником законного представником законного представника укуповноми законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) забо позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронної пошти (за наявності) 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ 1. Дата подання 1. Дата подання 2. Дата подання 3. Дата подання																															
							-	+	-																						
дані обробляються медичними працівниками або іншими уповноваженими особами надавача ПМД та Національної служби здоров'я України, на яким покладені обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних, з метою здійснення медичного белутовування, надання лікарських засобів функціонування електронної системи охорони здоров'я. □ свідоциво про народження посвідчує повноваження законного представника нерегізду даних про мене (пацієнта, законним представнико повноваження законного представника надавних засобів функціонування електронної системи охорони здоров'я. □ запаченому в ції Декларації, а також іншим лікарям, як надавнятимуть мені (пацієнту, законним представнико якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надавня такої допомоги. □ запаченому в ції Декларації через електронної пошти (за наявності) 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 5. ЗТОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ. Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет націєнта», з подання підперому допомогу, ща запаченним у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронній вибіг лікаря, який надає первинну медичну допомогу, ща запаченний в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 7. Дата подання 7. Дата подання																		елект	грон	ної (сист	еми	oxo	poi	ни з	дор	ов'я,	нада	авачу	ИΠ	МД т
4.5. Тип документа, що посвідчує повноваження законного представника ваконного представника (відмішим позначкою «Х»): □ свідоцтво про народження повноваження законного представника посвідчує повноваження законного представника посвідчення посвідчення посвідчення посвідчення посвідчення посвідчення повноваження законного представника повноваження законного повноваження законного повноваження законного передставника повноваження законного повновать на повноваження законного передставника повноваження законного передставника повноваження законного повноваження законного повноваження законного передставника повноваження законного повн	1 1																														
4.5. Тип документа, що посвідчує повноваження законного представника (відмітвитви позначкою «Х»): □ свідоцтво про народження посвідчення медичного представника (відмітвитви позначкою «Х»): □ свідоцтво про народження посвідчення медичного представника посвідчення медичного представника посвідчення медичного представника посвідчення медичного представника посвідчує повноваження законного представника посвідчує повноваження законного представника представ						1	-	+	+	+	\dashv	+	-													_					
4.5. Тип документа, що посвідчує повноваження закисту персональних даних, з метою здійснення закисту персональних даних, з метою здійснення медичноги обслуговування, надання лікарських засобів функціонування електронної системи охорони здоров'я. □ свідоцтво про пароджения □ посвідчення 4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документу (за наявності), що посвідчує повноваження законного представника □ повноваження законного представника (пацієнть, законним представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронної пошти (за наявності) □ 1. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охороми здоров'я) 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) □ 1. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охороми здоров'я) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ претональних даних Підписом підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, ща зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 7. Дата нодання 7. Дата нодання 7. Дата нодання																															
4.5. Тип документа, що посвідчує повноваження законного представника (відмітшти позначкою «Х»): □ свідоцтво про народження □ посвідчення 4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документу (за наявності), що посвідчує повноваження законного представника повноваження законного представника повноваження законного представника 4.7. Контактний номер телефону + 3 8 () 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подания через електронний кабінет пацієнтя) в , , (ПІБ пацієнтя або						1						T	T																		
рункціонування електронної системи охорони здоров'я. Підписуючи щю Декларації, а надаю згоду на доступ д перегляду даних про мене (пацієнта, законним представником якого я е), що містяться в електроннюї системі охорони здоров'я, лікарю, який надає ІПМД зазначеному в цій Декларації, а також іншим лікарям, як падаватимуть мені (пацієнту, законним представником якого я е) мене (пацієнта, законним представником якого я е), що містяться в електроннюї системі охорони здоров'я, лікарю, який надає ІПМД зазначеному в цій Декларації, а також іншим лікарям, як падаватимуть мені (пацієнту, законним представником якого я е) медичну допомогу, в межах, необхідних для надаватимуть мені (пацієнта, законним представником якого я е), що містяться в електроннюї системі охорони здоров'я, лікари, який надає піднисмоги. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подания Декларації через електронну систему охорони здоров'я) 4.7. Контактний номер телефону + 3 8 (1											1	персо	энал												
(відмітити позначкою «Х»): ☐ свідоцтво про народження ☐ посвідчення ☐ пацієнтз, законним півдрим, як надавтимуть мені (пацієнту, законним представнико якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надавтимуть мені (пацієнту, законним представнико якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надавтимуть мені (пацієнту, законним представнико якого я є) медичну допомогу, по законного представнико якого я є) медичну допомогу в надавтимуть мені (пацієнту, законним представнико якого я є) медичну допомогу, по законного представнико якого я є) медичну допомогу, по законного представнико якого я є) по мене (пацієнта, законним представнико якого я є) представнико якого якого я є) представника в такого подавника «Х» (у разі подавня Дехарації через електронні пацієнта (його законного представника) (у разі законного представника) (у разі законного представника в такого в представника в такого якого								свід	цчує	поп	внов	заже	ення	Я																	
□ свідоцтво про народження □ посвідчення 4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документу (за наявності), що посвідчує повноваження законного представника □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □								- \									•	функ	ціон	іуваі	ня (елек	тро	нн	oï c	исте	ми с	xopo	они з	дор	ов'я.
а.б. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документу (за наявності), що посвідчує повноваження законного представника повноваження законного представнико якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надавня такої допомоги. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я) 4.7. Контактний номер телефону (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибід лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 7. Дата подання 7. Дата подання	(відл	иіти	mu	поз	начі	кою) «X	»):									,	п;	110177		1	Lores					010.0	го п			
4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документу (за наявності), що посвідчує повноваження законного представника повноваження законного представника дам наданати такої допомогу, в межах, необхідних для наданати такої допомогу. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або		свід	оцп	1во	npo	нар	рода	жен	ня																						
4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документу (за наявності), що посвідчує повноваження законного представника		посе	зідч	енн	Я																										
надаватимуть мені (пацієнту, законним представником якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надання такої допомоги. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі заповиення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронної пошти(за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 7. Дата подання 7. Дата подання															чi,																
якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надання такої допомоги. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронної пошти(за наявності) 4.7. Контактний номер телефону + 3 8 () 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибід лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а таком достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або												юсв	ідч	yε																	
надання такої допомоги. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я) 4.7. Контактний номер телефону + 3 8 ())	ПОВН	юва	жен	ня:	зако	ннс	ого 1	пред	іста	вни	ка																				
Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронної пошти (за наявності) 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибід лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а таком достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																									огу,	ВМ	іежа:	х, не	:00X1,	дни	их дл
законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я) 4.7. Контактний номер телефону + 3 8 ()) 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибій лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а таком достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																									Г						
разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронної пошти (за наявності) 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта або) (v							
4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																															
4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта або 1. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибід лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 7. Дата подання 7. Дата подання) (y							
4.7. Контактний номер телефону 4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																															
4.7. Контактний номер телефону 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)) 6. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)) 6. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)) 6. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)) 6. Підпис пацієнта (його законного представника (У разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)) 7. Зага подання 7. Дата подання 7. Дата подання		+	\dashv										\vdash	+	+								тел	иу							
(у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Х» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров 'я)) 4.8. Адреса електронної пошти(за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																	(•		•					L						
(у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «Ху (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)) 4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або	4.7.	Кон	гакт	ни	й но	мer	те:	тефа	OHV									6. П	Іідпі	ис п	аціє	нта	(йо	го	зак	онн	0Г0	пред	став	ни	ка)
4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибіт лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або						- }		Y			1	1	1			_															
4.8. Адреса електронної пошти (за наявності) Своїм підписом підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або	+	3	8	()															слар	оац	ll 4	epes	е еле	ктр	энну	си	стем
Своїм підписом підтверджую добровільний виоїр лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або				1 (1	<u> </u>						• \					oxoj	оони	300	ров .	H))									
лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або	4.8.	Адр	eca	еле	ктро	НН	οĩ π	ошт	и(36	на.	явнс	сті	!)					Сво	ΪM	підг	іисо:	M I	тідт	вет	эдж	ую	доб	брові	льни	й	вибі
зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних. 5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																		ліка	іря,	яки	й на	дає	пе	рви	нн	у м	едич	ну д	опор	иог	у, щ
5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або			_					ļ			ļ		ļ	-	_			зазн	ачен	ний	В	розд	цілі	2	Ц	iە	Дек:	параі	ції,	a	такох
ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																		дост	говір	оніс	гь на	дан	их і	инс)Ю	дани	IX.				
ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або			1		J		1	1	1	1	1	1		1																	
ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або	e n:			T A .	ידידנ	D T		TP.	OF	(** 7																					
7. Дата подання Своїм підписом (позначкою «Х» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або										\У								L													
електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ пацієнта або																		7. Д	ата	под	ання	ł									
																			1	-	$\overline{}$	1	- 1		1				1		
		-								я, (IIIE	na	ці€	нта	a a	00															