

დანართი 1

მიმწოდებელი დაწესებულება: ეროვნული სკრინინგ ცენტრი დიდუბის ფილიალი

ინფორმირებული თანხმობა

სსიპ „სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს“ მონაცემთა ელექტრონული ბაზიდან ფიზიკური პირის შესახებ პერსონალური მონაცემების გამოთხოვის /დამუშავების თაობაზე

მე, ,

პირადი N: ,

Tel:

თანხმობას ვაცხადებ, რომ მომწოდებელმა დაწესებულებამ „ეროვნული სკრინინგ ცენტრი“ (ს/კ202442730) კანონმდებლობით დადგენილი წესით „დაავადებათა სკრინინგის“ ქვეპროგრამით და „დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის“ გათვალისწინებული მომსახურების განხორციელების მიზნით, მიიღოს/დაამუშაოს სსიპ „სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს“ მონაცემთა ელექტრონული ბაზიდან პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, რეგისტრაციისა და მათი სტატუსების შესახებ ინფორმაციის თაობაზე ჩემი პერსონალური მონაცემები და ა(ა)იპ „ეროვნული სკრინინგ ცენტრის“ ბაზაზე არსებული ელექტრონული საინფორმაციო პროგრამიდან სამედიცინო ისტორიის მონაცემები.

აღნიშნულ თანხმობას ვადასტურებ ხელმოწერით:

თანხმობის გაცემის თარიღი:

-----

სახელი/გვარი

-----

ხელმოწერა