Advocates
Caring Partners. Creative Solutions. Better Lives.

Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности

Ваша информация.
Ваши права.
Наша ответственность.

В данном уведомлении описаны правила использования и раскрытия ваших медицинских данных, а также порядок получения вами доступа к ним. Просьба внимательно изучить данный документ.

Ваши права	**Вы имеете право:** • получить бумажную или электронную копию своей медицинской карты; • вносить исправления в свою медицинскую карту в бумажном или электронном виде; • запросить, чтобы обмен информацией был конфиденциальным; • попросить нас ограничить данные, которыми мы делимся; • получить список тех, с кем мы поделились вашими данными; • получить копию данного уведомления о конфиденциальности; • выбрать лицо, которое будет действовать от вашего имени; • подать жалобу, если вы считаете, что ваши права были нарушены.	➤ ***Подробнее об этих правах и о том, как их осуществить, читайте на стр. 2 и 4.***
Ваш выбор	**У вас есть выбор относительно того, как мы используем ваши данные и делимся ими, когда мы:** • выясняем, можем ли мы рассказать вашей семье и друзьям о вашем состоянии; • участвуем в ликвидации последствий стихийных бедствий; • предоставляем услуги по охране психического здоровья; • рекламируем наши услуги и продаем ваши данные; • собираем денежные средства.	➤ ***Подробнее об этих вариантах и о том, как мы их реализуем, читайте на стр. 5.***
Наш порядок использования и раскрытия данных	**Мы можем использовать и передавать ваши данные, когда мы:** • лечим вас и управляем нашей организацией; • выставляем счета за оказанные вам услуги; • оказываем помощь в вопросах общественного здравоохранения и безопасности; • проводим исследования;	➤ ***Подробнее об этом читайте на стр. 6.***

	• соблюдаем требования закона, судебных исков и тяжб; • отвечаем на запросы о донорстве органов и тканей; • работаем с медицинскими экспертами или сотрудниками похоронного бюро; • рассматриваем вопросы выплаты компенсации работникам в случае получения травмы на производстве и отвечаем на запросы правоохранительных органов и других правительственных учреждений.	

Ваши права

У вас есть определенные права относительно распоряжения своими медицинскими данными.
В данном разделе разъясняются ваши права и некоторые из наших обязанностей по оказанию вам помощи.

Слово «мы» в данном уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности относится к Advocates и следующим лицам:

- любому медицинскому работнику, уполномоченному вводить данные в вашу карту;
- любому поставщику медицинских услуг, являющемуся членом персонала Advocates;
- всему штату Advocates, включая сотрудников, персонал, волонтеров и других работников медицинских центров.

Получить электронную или бумажную копию своей медицинской карты	• Вы можете попросить посмотреть или получить электронную или бумажную копию вашей медицинской карты и других имеющихся у нас медицинских данных. Спросите нас, как это сделать. • Как правило, мы предоставим вам копию или выписку из вашей медицинской карты в течение 30 дней с момента поступления запроса. Мы можем взимать за это умеренную плату по себестоимости.

Попросить нас внести исправления в вашу медицинскую карту	• Вы можете попросить нас исправить ваши медицинские данные, если вы считаете, что они неправильные или неполные. Чтобы узнать, как это сделать, свяжитесь с нами — наша контактная информация указана на стр. 10. • Мы можем отказать вам в вашей просьбе, но сообщим вам причину в письменном виде в течение 60 дней.
Запросить, чтобы обмен информацией был конфиденциальным	• Вы можете попросить нас звонить вам определенным образом (например, на домашний или рабочий телефон) или отправлять почту на другой адрес. • Мы дадим положительный ответ на все резонные запросы.
Попросить нас ограничить данные, которыми мы делимся	• Вы можете попросить нас не использовать и не передавать определенные медицинские данные для лечения, оплаты или осуществления нашей деятельности. Мы не обязаны выполнять вашу просьбу и можем отказать, если это будет влиять на ваше обслуживание. • Если вы полностью оплачиваете услуги или предметы медицинского назначения, вы можете попросить нас не передавать эту информацию для целей оплаты или взаимодействия с вашим медицинским страховщиком. Мы дадим положительный ответ, за исключением случаев, когда по закону мы обязаны делиться этой информацией.
Получить список тех, с кем мы поделились вашими данными	• Вы можете попросить список (отчет), в котором указано, когда мы делились вашими медицинскими данными в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса, а также с кем мы делились этой информацией и с какой целью. • Мы перечислим все случаи раскрытия вашей информации за исключением тех, которые относятся к лечению, оплате и здравоохранительной деятельности, а также некоторых других случаев (например, когда вы просили нас раскрыть информацию). Мы будем предоставлять отчетность раз в год бесплатно, но если вы попросите предоставить еще один экземпляр в течение 12 месяцев, мы будем взимать умеренную плату по себестоимости.

Получить копию данного уведомления о конфиденциальности	• Вы можете запросить печатную копию настоящего уведомления, даже если вы согласились получать такие уведомления в электронном виде. Мы безотлагательно предоставим вам бумажную копию.
Выбрать лицо, которое будет действовать от вашего имени	• Если вы оформили на кого-то медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, этот человек может реализовывать ваши права и принимать решения в отношении ваших медицинских данных. • Прежде чем мы предпримем какие-либо действия, мы убедимся, что данный человек действительно наделен этими полномочиями и может действовать от вашего имени.
Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права были нарушены	• Если вы считаете, что мы нарушили ваши права, вы можете подать жалобу по адресу: **Advocates Chief Compliance Officer** **251 Locke Drive** **Marlborough, MA 01752** Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США, отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 1- 877-696-6775 или посетив веб-сайт **www.hhs.gov/ocr/ privacy/hipaa/complaints/.** • Мы не будем принимать ответные меры против вас за подачу жалобы.

Ваш выбор

В некоторых случаях вы можете сообщить нам, какими медицинскими данными мы можем делиться.

Если у вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы передаем вашу информацию в описанных ниже ситуациях, свяжитесь с нами. Сообщите нам, и мы будем следовать вашим инструкциям.

В этих случаях вы имеете право и свободу выбора распорядиться, чтобы мы:	• делились информацией с вашей семьей, близкими друзьями и другими лицами, участвующими в вашем лечении • передавали информацию в ситуациях по ликвидации последствий стихийных бедствий. *Если вы не можете сообщить нам свои предпочтения, например, если вы находитесь в бессознательном состоянии, мы можем поделиться вашей информацией, если мы сочтем, что это в ваших интересах. Мы также можем раскрыть вашу информацию, когда это необходимо для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью и безопасности.*
В этих случаях без вашего письменного разрешения мы вашу информацию *никогда не* передаем:	• рекламные цели; • продажа вашей информации; • большая часть психотерапевтических записей.
В случае сбора денежных средств:	• мы можем связаться с вами для сбора денежных средств, но вы можете попросить нас больше не делать этого.

Наш порядок использования и раскрытия данных

Как мы обычно используем или передаем ваши медицинские данные?
Обычно мы делаем это следующим образом.

Ваше лечение	Мы можем использовать ваши медицинские данные и делиться ими с другими медработниками, участвующими в вашем лечении.	***Пример:*** *врач, лечащий вашу травму, спрашивает другого врача о вашем общем состоянии здоровья.*
Управление нашей организацией	Мы можем использовать и передавать ваши медицинские данные, чтобы управлять нашей организацией, улучшать ваше обслуживание и связываться с вами в случае необходимости.	***Пример:*** *мы используем ваши медицинские данные для управления вашим лечением и услугами.*
Счета за оказанные вам услуги	Мы можем использовать и передавать ваши медицинские данные для выставления счетов и получения платежей от страховых планов или других организаций.	***Пример:*** *мы предоставляем информацию о вас вашему плану медицинского страхования для оплаты полученных вами услуг.* *Мы можем предоставлять копии вашей медицинской документации в полном объеме, включая записи о ходе лечения, в ответ на запросы вашей страховой компании, связанные с проведением аудита.*
Связь с вами	Мы можем использовать ваши медицинские данные, чтобы связаться с вами и предоставить вам информацию о лечении и рекомендации по последующему уходу или информацию о предоставляемых нами услугах.	***Пример:*** *мы можем связаться с вами по поводу запланированных или отмененных приемов, регистрации или обновления страховки, выставления счетов или оплаты, предпроцедурной оценки, опросов о качестве обслуживания или результатов анализов.*

Как еще мы можем использовать и передавать ваши медицинские данные?

Мы имеем право или обязаны делиться вашими данными и в других случаях — обычно тогда, когда это способствует общественному благу, например, в области здравоохранения и научных исследований. Прежде чем предоставлять ваши данные для этих целей, мы должны выполнить многие условия, предусмотренные законом. Для получения дополнительной информации посетите **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.

Помощь в вопросах охраны общественного здоровья и безопасности	Мы можем делиться вашими медицинскими данными в определенных ситуациях, таких как: • профилактика болезней; • помощь в отзыве продукции; • сообщение о побочных реакциях на лекарства; • оповещение о подозрении на жестокое обращение, отсутствие должного ухода или домашнее насилие; • предотвращение или уменьшение серьезной угрозы здоровью или безопасности кого-либо.
Проведение исследований	Мы можем использовать или предоставлять ваши данные для исследований в области здравоохранения. В большинстве случаев сначала данные обезличиваются; если это невозможно, то они будут передаваться только с вашего информированного согласия.
Соблюдение закона	Мы предоставим информацию о вас, если этого требуют федеральные законы или законы штата, в том числе если Департамент здравоохранения и социальных служб захочет удостовериться, что мы соблюдаем федеральный закон о конфиденциальности.
Ответы на запросы о донорстве органов и тканей	Мы можем поделиться информацией о вашем здоровье с организациями по закупке донорских органов.
Работа с медицинскими экспертами или сотрудниками похоронного бюро	Когда человек умирает, мы можем поделиться медицинскими данными с коронером, судебно-медицинским экспертом или сотрудником похоронного бюро.
Рассмотрение вопросов выплаты компенсации работникам в случае получения травмы на производстве; ответы на запросы правоохранительных органов и других правительственных	Мы можем использовать или предоставлять ваши медицинские данные: • для выплаты компенсации в случае производственной травмы; • для правоохранительных целей или сотруднику правоохранительных органов; • учреждениям надзора за здравоохранением для проведения мероприятий, предусмотренных законом;

учреждений	• для специальных функций органов власти, таких как военная служба, национальные службы безопасности и охрана президента.
Реагирование на судебные иски и процессуальные действия.	Мы можем передавать ваши медицинские данные в ответ на судебное или административное постановление, а также в ответ на повестку в суд (за исключением случаев, когда действуют более строгие стандарты штата, препятствующие такому раскрытию информации).

Как правило, мы запрашиваем ваше письменное согласие или постановление судьи, прежде чем мы предоставлять определенную конфиденциальную информацию о вас, например:

- данные об употреблении алкоголя и психоактивных веществ. Обратите внимание, что федеральные законы и нормативные акты защищают конфиденциальность истории болезни пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. См. УВЕДОМЛЕНИЕ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ О ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, прикрепленное к данному уведомлению.
- информацию, связанную со СПИДом, СПИД-ассоциированным комплексом (ARC) или ВИЧ, включая, помимо прочего, статус или результаты тестирования, независимо от того, являются ли эти результаты положительными или отрицательными;
- данные о заболеваниях, передающихся половым путем;
- результаты генетического тестирования;
- информацию о предоставлении согласия на аборт;
- информацию о факте предоставления консультации жертве насилия в семье или жертве сексуального насилия;
- некоторую психотерапевтическую документацию;
- переписку с поставщиками услуг по охране психического здоровья и социальными работниками.

Наши обязанности

- В соответствии с законом мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей охраняемой законом информации о состоянии здоровья.
- Мы незамедлительно оповестим вас в случае нарушения безопасности данных, которое может ставить под угрозу конфиденциальность ваших данных или их защиту от несанкционированного использования.
- Мы должны соблюдать обязанности и правила соблюдения конфиденциальности, описанные в этом уведомлении, и предоставить вам копию данного документа.
- Мы не будем использовать или передавать ваши данные за исключением случаев, описанных здесь, или с вашего письменного разрешения. Если вы дадите нам разрешение, вы можете впоследствии отменить его в любое время. Сообщите нам в письменной форме, что вы передумали.

Для получения подробной информации посетите **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**.

Как долго мы храним ваши данные?
Медицинские данные регистрируются на бумаге, в электронном виде или в виде фотоматериалов и хранятся в течение 20 лет после выписки или окончания лечения. Другие данные хранятся в соответствии с законами штата и федеральными законами и нормативными актами. Копия нашего руководства по хранению медицинских данных предоставляется по требованию.

Изменения условий данного уведомления
Мы можем изменить условия данного уведомления, и эти изменения будут касаться всей информации, которую мы имеем о вас. Новая версия уведомления будет доступна в нашем офисе и на нашем веб-сайте и будет предоставляться по требованию.

Жалобы
Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность информации были нарушены, вы можете подать жалобу нам или секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США. Чтобы подать жалобу нам, свяжитесь с нашим директором по нормативно-правовому соответствию по адресу: Chief Compliance Officer, 251 Locke Drive, Marlborough, MA 01752 или **CCO@Advocates.org**. Все жалобы должны подаваться в письменной форме. Если вам нужна помощь, наш сотрудник по вопросам конфиденциальности, с которым можно связаться по телефону 877 296-5432, поможет вам написать жалобу. Мы не будет принимать ответные меры против вас за подачу жалобы.

Как связаться с нами

Если у вас есть вопросы по поводу данного уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности, обратитесь по адресу:

Advocates Chief Compliance Officer
Телефон: 877-296-5432
Эл. почта: **CCO@Advocates.org**

Для получения медицинской документации обратитесь по адресу:

Records Center
251 Locke Drive
Marlborough, MA 01752
Телефон: 508-628-6300
Эл. почта: **RecordsCenter@Advocates.org**

Настоящее уведомление изначально вступило в силу 21 февраля 2024 г., а последние изменения в него были внесены 16 февраля 2026 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ О ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности в соответствии с HIPAA (HIPAA Notice of Privacy Practice, HIPAA NPP) распространяется на всех наших клиентов. Если вы получаете лечение, проходите диагностику или получаете направление на лечение в рамках одной из наших специальных программ лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ («Программы Part 2»), конфиденциальность вашей медицинской документации в рамках таких программ («Документация Part 2») обеспечивается дополнительными мерами защиты в соответствии с федеральным законодательством и нормативными актами: 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. § 290ee-3 и 42 C.F.R. Part 2 («Part 2»).

ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ДОПОЛНЯЕТ HIPAA NPP И СОДЕРЖИТ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ:

I. КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАША ДОКУМЕНТАЦИЯ PART 2;
II. ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ДОКУМЕНТАЦИИ PART 2; И
III. КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЕМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ВАШЕЙ ДОКУМЕНТАЦИИ PART 2, ЛИБО В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЕМ ВАШИХ ПРАВ В ОТНОШЕНИИ ДОКУМЕНТАЦИИ PART 2.

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (В БУМАЖНОМ ИЛИ ЭЛЕКТРОННОМ ФОРМАТЕ) И ОБСУДИТЬ ЕГО С ДИРЕКТОРОМ ADVOCATES ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ СООТВЕТСТВИЮ ПО ТЕЛЕФОНУ 877-296-5432 ИЛИ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ CCO@Advocates.org, ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКНУТ КАКИЕ-ЛИБО ВОПРОСЫ.

I. ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ДАННЫХ

Наши Программы Part 2 могут использовать и раскрывать вашу Документацию Part 2 только в случаях, описанных в данном разделе, или с вашего письменного согласия.

(A) Разрешенные виды использования и раскрытия Документации Part 2 без согласия:

- для обмена информацией с другими сотрудниками Программы Part 2, которым эта информация необходима для выполнения их обязанностей, связанных с проведением диагностики, предоставлением лечения или выдачей направления на лечение, а также с лицами или службами, осуществляющими непосредственный административный контроль над Программой Part 2;
- квалифицированным сервисным организациям, предоставляющим услуги нам или от нашего имени;
- правоохранительным органам или их представителям, если вы совершите преступление или будете угрожать совершением преступления в наших учреждениях или в отношении наших сотрудников;
- для сообщения о предполагаемых случаях жестокого обращения с детьми или отсутствия надлежащего ухода за ними в соответствии с законодательством штата;
- медицинскому персоналу в экстренной медицинской ситуации в определенных условиях;
- в исследовательских целях при соблюдении определенных условий;
- квалифицированным сотрудникам в целях проведения управленческого и финансового

аудита или оценки программы при условии, что они в письменной форме обязуются соблюдать ограничения на использование и дальнейшее раскрытие информации;
- органам общественного здравоохранения при условии, что информация была надлежащим образом обезличена.

(B) Разрешенные виды использования и раскрытия информации, требующие согласия:

- в целях лечения, оплаты медицинских услуг и осуществления деятельности в сфере здравоохранения.
  В рамках Программы Part 2 вас попросят предоставить единое письменное согласие на все последующие случаи использования или раскрытия вашей информации в целях лечения, оплаты медицинских услуг и осуществления деятельности в сфере здравоохранения, чтобы обеспечить максимально высокий уровень координации оказываемой вам медицинской помощи. Если вы не подпишете данное согласие, мы, возможно, не сможем предоставлять вам лечение. Данное согласие остается в силе до тех пор, пока вы не отзовете его в письменной форме.
  [Вы также можете предоставить согласие для более ограниченных целей (например, разрешить раскрытие информации только другому поставщику медицинских услуг в целях вашего лечения); однако это может повлиять на перечень услуг, которые мы можем вам предоставить, или на порядок оплаты этих услуг.]
- документация, раскрытая нам или другой Программе Part 2, поставщику, на который распространяются требования HIPAA, или деловому партнеру на основании вашего письменного согласия в целях лечения, оплаты медицинских услуг и осуществления деятельности в сфере здравоохранения, может быть впоследствии раскрыта нами либо такой Программой Part 2, поставщиком или деловым партнером без вашего письменного согласия в той мере, в какой такое раскрытие допускается нормативными требованиями HIPAA;
- наша Программа Part 2 может использовать или раскрывать документацию в целях сбора средств в пользу Программы Part 2 только при условии, что вам предварительно будет предоставлена четкая и доступная возможность отказаться от получения сообщений, связанных со сбором средств;
- наша Программа Part 2 может использовать или раскрывать вашу информацию в случаях, не описанных в настоящем уведомлении, только с вашего письменного согласия.

(C) Право на отзыв или отказ от согласия

Вы можете в любое время отозвать свое письменное согласие или отказаться от него, направив письменный запрос на его отзыв по адресу, указанному в конце уведомления HIPAA NPP, или подав письменный запрос в Программу Part 2. После этого мы больше не будем использовать или раскрывать вашу Документацию Part 2, за исключением уже предпринятых действий, в рамках которых мы полагались на ранее предоставленное вами согласие.
Если вы были направлены на обязательное лечение в рамках системы уголовного правосудия (в том числе по решению суда по делам, связанным с наркотиками, в рамках пробации или условно-досрочного освобождения) и подписали согласие, разрешающее раскрытие информации органам или представителям системы уголовного правосудия, таким как суд, сотрудники службы пробации, сотрудники службы условно-досрочного освобождения, прокуроры или другие правоохранительные органы, ваше право на отзыв согласия может быть ограничено. Такие ограничения должны быть четко разъяснены в подписываемом вами согласии.

(D) Использование или раскрытие информации в рамках судебных разбирательств и на основании судебных постановлений

Прежде чем использовать или раскрывать вашу информацию в связи с расследованиями и судебными разбирательствами, мы обязаны соблюдать определенные процедуры:

- мы не будем использовать или раскрывать вашу информацию либо давать свидетельские показания относительно вашей информации в рамках какого-либо гражданского, административного, уголовного или законодательного разбирательства против вас без вашего письменного согласия или судебного постановления;
- мы выполним судебное постановление об использовании или раскрытии информации о состоянии вашего здоровья только в том случае, если оно сопровождается повесткой в суд или иным аналогичным правовым предписанием, которое мы обязаны исполнить;
- мы будем использовать или раскрывать вашу информацию в рамках разбирательства против вас на основании судебного постановления только после того, как нам будет предоставлено уведомление и возможность изложить свою позицию либо после того, как вы сообщите нам о получении вами соответствующего уведомления;
- мы можем использовать или раскрывать вашу информацию в ответ на судебное разбирательство против нашей программы на основании судебного постановления, при этом вы можете не получить предварительного уведомления. После того как вам станет известно о судебном постановлении, вы имеете право обратиться с требованием о его отмене или изменении.

II. Ваши права в отношении Документации Part 2

Как клиент нашей Программы Part 2, вы обладаете всеми правами, перечисленными в уведомлении HIPAA NPP, включая право потребовать ограничения раскрытия информации, осуществляемого на основании ранее предоставленного согласия в целях лечения, оплаты медицинских услуг и осуществления деятельности в сфере здравоохранения.
Вы также имеете право получить отчет о случаях раскрытия электронной Документации Part 2, осуществленных с вашего согласия за последние 3 года, включая случаи раскрытия в целях лечения, оплаты медицинских услуг и осуществления деятельности в сфере здравоохранения, если такое раскрытие осуществлялось через электронную медицинскую карту.

III. Подача жалобы

Дополнительная информация о порядке подачи жалобы изложена в уведомлении HIPAA NPP.

Дата вступления в силу настоящего уведомления: 16 февраля 2026 г.

Подтверждение уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности

Подписываясь ниже, я, (*имя обслуживаемого лица*) _____
, потверждаю, что мною получена копия (*название организации*) _____
«Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности», действующего в настоящее время. Я прочитал(а) и понимаю условия настоящего уведомления, и у меня была возможность задать вопросы об использовании и раскрытии моих медицинских данных.

_____

Подпись обслуживаемого лица / личного представителя (если применимо)

_____

Дата

_____

Имя и фамилия личного представителя (печатными буквами)

_____

Кем приходится обслуживаемому лицу

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности предоставлено физическому лицу (*дата*) _____ **:**

- ☐ при личной встрече
- ☐ почтовым отправлением
- ☐ по эл. почте
- ☐ другое: _____

Невозможно получить письменное согласие и подтверждение, поскольку:

- ☐ обслуживаемое лицо / юридический представитель отказались от подписи
- ☐ есть подтверждение получения по электронной почте
- ☐ другое: _____

Имя и должность сотрудника: _____

Подпись сотрудника: _____

Дата: _____

****

Форма файла в реестре