

## Приложение № 1

### Разрешение на передачу медицинской информации

Я, \_\_\_\_\_, нижеподписавшийся/аяся, паспорт \_\_\_\_\_, настоящим документом ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ сотрудникам Компании EMS WW Ltd., её консультантам, связанным с ней медицинским учреждениям, частным специалистам и юридическим лицам, на получение, хранение, использование и передачу личной медицинской и иной информации (без исключения) для организации предоставления медицинских услуг.

Я обязуюсь не предъявлять каких-либо требований и/или запросов и/или жалоб любого рода касательно вышеупомянутого материала по отношению к Компании EMS WW Ltd.

Данное Разрешение составлено в соответствии с Положением о праве на защиту частной информации в Израиле (1981г.)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и подпись)