Додаток до листа МОЗ

**ЗГОДА**

**на обробку персональних даних**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(прізвище, ім’я, по батькові)**

**спрямованого у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(вказуємо службове відрядження або закордонне відрядження)**

**до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування міста та країни)**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата народження |  |
| Серія та номер закордонного паспорта |  |
| Дата перетину кордону (можна зазначити дві суміжні дати) | НАПРИКЛАД, 03.12.2024–04.12.2024 |
| Пункт пропуску під час перетину  кордону  (можна вказати кілька через приставку «або») |  |
| Назва, серія та номерний знак  автомобіля |  |
| Інші види транспорту |  |
| Потяг (номер і назва рейсу) |  |
| Автобус (назва рейсу) |  |
| Зазначення гарантії повернення працівника після службового відрядження | **Повернення гарантую** |

**Дата та підпис лікаря/ працівника**

**Номер контактного телефону**