Приложение 2
к приказу Департамента здравоохранения
города Москвы
от 30.08.2016 № 734

**Форма обязательства о неразглашении сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, _____
ФИО

паспорт _____,

являясь _____,
статус: наблюдателем, др.

при посещении мной _____
наименование медицинской организации

подтверждаю, что мне известно о том, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

В связи с чем, я предупрежден (проинформирован), что в соответствии с частью 2 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ.

Дата _____ Подпись _____

Личность _____ установлена _____
ФИО ФИО представителя медицинской организации

Дата _____ Подпись _____/_____/