



9. ПІБ та дати народження родичів першої лінії (батьки, діти, чоловік/дружина), які будуть обслуговуватись за картою./ Surname, name of first-degree relatives (parents, children, spouse) who will use the card.

\_\_\_\_\_  
ПІБ / Surname, name

\_\_\_\_\_  
Дата народження / Date of birth

\_\_\_\_\_  
ПІБ / Surname, name

\_\_\_\_\_  
Дата народження / Date of birth

\_\_\_\_\_  
ПІБ / Surname, name

\_\_\_\_\_  
Дата народження / Date of birth

\_\_\_\_\_  
ПІБ / Surname, name

\_\_\_\_\_  
Дата народження / Date of birth

\_\_\_\_\_  
ПІБ / Surname, name

\_\_\_\_\_  
Дата народження / Date of birth

10. Чи хотіли б Ви отримувати інформаційні повідомлення від ЛДЦ «НЕО-ЛАБ»? / Would you like to receive information messages from Medical Diagnostic Centrer «NEO-LAB»? Так/Yes  Ні/No

11. «Згоден/згодна на використання та обробку моїх персональних даних, що надаються ЛДЦ «НЕО-ЛАБ», в цілях надання медичної допомоги та забезпечення лікування. Згоден/згодна на передачу моїх персональних даних третім особам у порядку, встановленому Законом України «Про захист персональних даних».

Herewith I give my agreement to Medical Diagnostic Centrer «NEO-LAB» for usage and processing of my personal data for ensuring of medical aid and treatment. I assept the transfer of my personal data to third party according to the Law of Ukraine «On Protection of Personal Data».

\_\_\_\_\_  
ПІБ / Surname, name

Підпис / Signature \_\_\_\_\_ Дата / Date \_\_\_\_\_

Номер картки / Card number

--	--	--	--	--	--	--	--

Дякуємо Вам за увагу!  
Thank you for your attention!