Приложение № 4 към

Процедура № 5(1793)

**Съгласие**

**за прилагане на неконвенционален метод за благоприятно въздействие**

**върху индивидуалното здраве**

Долуподписаната/ият …………………………………………………………………………………...

(трите имена по лична карта на лицето)

постоянен адрес …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

(наименование на населеното място, община, улица/кв. , номер/блок, етаж, апартамент)

след като ми беше разяснена подробно и на достъпен език същността на неконвенционалния метод, който ще бъде приложен, очакваното положително въздействие върху здравето ми и възможните странични ефекти от него, давам съгласието на:

……………………………………………………………………………………………………………

(трите имена на лицето, което прилага неконвенционалния метод)

да приложи описания от него метод, който не предполага предизвикване на болка, неприятни усещания, психологически проблеми или такива, които противоречат на добрите нрави или възприетите морално-етични норми.

Съзнавам, че по всяко време мога да оттегля устно или в писмена форма даденото от мен съгласие за прилагане на описания неконвенционален метод.

Разбирам, че при желание от моя страна мога да потърся квалифицирана медицинска помощ и компетентно становище от лекар, включително по отношение на прилагания неконвенционален метод за въздействие върху моето здраве.

Предоставям доброволно личните си данни за обработка и ползване от РЗИ – Враца, във връзка с правомощията на инспекцията, съгласно разпоредбите на ЗЗЛД и вътрешните правила, утвърдени в РЗИ.

гр. …………… Подпис: ………………………………….

Дата:…………. /…………………………………/