

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие _____
(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер

и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (индекс) _____
(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания (индекс) _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии)

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Об ответственности за достоверность представленных сведений
предупрежден (предупреждена).

(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по
телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Срок действия Заявления – один год с даты подписания.

Подпись пациента _____ / _____ /

Данные, указанные в заявлении соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента _____

зарегистрированы _____

(№ талона на оказание ВМП)

Принял

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента _____

(№ талона на оказание ВМП)

Принял

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)