

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я,

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

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

1. Дата рождения

_____ (число, месяц, год)

2. Пол мужской

_____ (женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность

_____ (наименование, номер и

серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства

_____ (почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания

_____ (почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

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

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

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

8. Сведения о законном представителе

_____ (фамилия, имя, отчество (при его 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).

Подпись пациента

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы

зарегистрированы

_____ (№ Талона на оказание ВМП)

Приняли

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

_____ (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы

_____ (№ Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)