

В _____ Министерство здравоохранения _____
(орган исполнительной власти)
_____ Республики Коми _____
(субъекта РФ в сфере здравоохранения)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

Даю согласие на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи моему ребёнку (для меня) _____

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 _____
(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 пациента (при наличии) _____

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

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

_____ (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)

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

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 _____
(подпись) _____ (дата подписания)

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)