

В _____
(наименование органа
исполнительной власти)

субъекта Российской Федерации

в сфере здравоохранения,
медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

_____ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации
в сфере здравоохранения, медицинской организации)
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,

кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)

_____ (почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

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

6. Серия, N полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),
наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

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

8. Сведения о законном представителе

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес
фактического проживания, телефон)

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

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

_____ (наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

_____ (наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты 8 - 11 настоящего заявления заполняются в случае,
если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской
Федерации.

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

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в
представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____
(N Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----