

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)

6. Контактный телефон: _____

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

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

9. Социальная группа: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер (нужное подчеркнуть)

10. Инвалидность (нужное подчеркнуть) _____ есть _____ нет _____

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

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

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

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

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

Примечание. Пункты 11 - 14 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

**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 настоящем заявлении, согласен (согласна).**
(нужное подчеркнуть)

Подпись _____ Дата _____

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) -----