

В комиссию Департамента здравоохранения города Москвы по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю (не даю) согласие Департаменту здравоохранения города Москвы на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, и прошу оформить Электронный «Талон на оказание ВМП» в

ФГБНУ "НИИГБ им. М.М. Краснова"

(наименование медицинской организации)

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 постоянной регистрации по месту жительства _____

(почтовый адрес по месту жительства)

5. Адрес фактического проживания _____

(почтовый адрес фактического проживания)

Контактный телефон _____

Электронная почта (при наличии) _____

6. Серия, № 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) _____

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

Инвалидность (нужное подчеркнуть) есть нет

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.

**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 пациента _____

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление (*)

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

Примечание: * Выдается на руки пациенту (законному представителю).