

В Министерство здравоохранения
Челябинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

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

даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

Министерству здравоохранения Челябинской области,

_____ (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, № 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)

Подпись пациента _____

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)

Подпись пациента _____

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

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)