

В ФМБА России

(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)

(Подпись)

ФМБА России

(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) _____

*Контактный телефон: _____

*Социальный статус: _____
(Работающий, Неработающий, Пенсионер, Ребенок, Студент)

* Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

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) (Подпись)

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)

_____ (№ Талона на оказание ВМП)

Принял _____

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема
заявления)