

**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)