

В _____
(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) даю
(не даю) согласие (нужное подчеркнуть) _____
(наименование медицинской организации) на обработку и использование данных,
содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания 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).

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)

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

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____

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)