

Главному врачу
ОГАУЗ «Детская больница №1»
А.П. Балановскому

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

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

даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть) ОГАУЗ «Детская больница №1» на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

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, N 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) _____

Примечание. Пункты 8 - 11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Дееспособные лица, достигшие 15 летнего возраста (старше 14 лет 11 месяцев 30 дней), заполняют бланк информированного согласия самостоятельно.

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)

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.

_____ (Дата)

_____ (Подпись)

_____ (расшифровка)

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____
(N Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

_____ (N Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

Примечание. Пункты 8 - 11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Дееспособные лица, достигшие 15 летнего возраста (старше 14 лет 11 месяцев 30 дней), заполняют бланк информированного согласия самостоятельно.