

Директору медицинской организации

От _____

Адрес _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть) медицинской организации

_____ (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 паспорта или свидетельства о рождении)

_____ (кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)

_____ (почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания и телефон _____

_____ (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 (если пациентом является ребенок или недееспособный гражданин) _____

_____ (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 по телефонам, указанным в настоящем заявлении, в том числе, на рассылку информации по смс и электронной почте согласна (ен)/согласна (ен).

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

Подпись пациента _____ (_____)

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста) _____ (дата приема заявления) _____ (подпись специалиста)