

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие НИИТПМ-филиал ИЦиГ, МЗ НСО
(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания специализированной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),
наименование страховой медицинской организации _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам,
указанным в заявлении согласен / согласна (нужное подчеркнуть) _____ (подпись)
Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам. _____ (дата)

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)