

Руководителю _____
(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

О направлении для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета

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

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

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

3.Адрес регистрации по месту жительства _____
(почтовый адрес)

4.Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания)

5.Контактные телефоны, электронный адрес (при наличии): _____

6.Фамилия,имя,отчество законного представителя(доверенного лица): _____

7.Документ удостоверяющий личность законного представителя(доверенного лица): _____

8.Адрес регистрации по месту жительства: _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

**Прошу направить для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет
средств федерального бюджета.**

Подпись пациента _____
/ _____ /

Законного представителя (доверенного лица)

Дата

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть) _____,
(наименование, органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

(далее Оператор) 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 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. Наименование страховой компании, серия и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования
(при наличии) _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

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.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

- учреждениям/органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов)
- организациям здравоохранения, оказывающим высокотехнологическую и специализированную медицинскую помощь.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).
(нужное подчеркнуть)На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).
(нужное подчеркнуть)

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Дата _____

Подпись пациента _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Зарегистрированы _____
(№ Талон на оказание ВМП)Принял _____
Ф.И.О. специалиста (дата приема заявления) (подпись заявления).....
(линия отреза)**Расписка-уведомление**Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
(№ Талон на оказание ВМП)Принял _____
Ф.И.О. специалиста (дата приема заявления) (подпись заявления)

