

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)