

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку
персональных данных

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

даю согласие МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской
помощи моему ребенку: _____

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 по месту жительства _____
(почтовый адрес по месту жительства)

5. Адрес фактического проживания _____
(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

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

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество)
(почтовый адрес места жительства, 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 с 8 по 11 настоящего заявления 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 настоящем заявлении согласен (согласна).

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____ / _____ / _____
Ф.И.О. подпись дата

Зарегистрированы: _____
(дата и номер регистрации и полное название медицинской организации, где получает лечение и
наблюдается гражданин)

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

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление
Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял _____
(Ф.И.О. специалиста медицинской организации,
где наблюдается гражданин) (дата приема заявления) (подпись специалиста)