
(Фамилия)

(Имя)

(Отчество)

(Данные о месте жительства и /или месте пребывания)

(Реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство)

(Номер контактного телефона)

Заявление

Я, родитель (законный представитель ребенка) (Ф.И.О. ребенка) _____

Дата рождения _____ Адрес проживания _____

Прошу министерство здравоохранения Краснодарского края направить медицинские документы моего ребенка по электронной почте на заочную консультацию в Федеральную клинику _____

с целью решения вопроса о госпитализации ребенка в ускоренном (неотложном) порядке для лечения.

Я, даю согласие министерству здравоохранения Краснодарского края, на обработку и передачу третьей стороне персональных данных моего ребенка (фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата рождения, место рождения; пол, гражданство; данные паспорта или свидетельства о рождении (документа, удостоверяющего личность); данные о наличии инвалидности, адрес места жительства (пребывания); данные родителей (опекунов), диагнозы, результаты анализов и (или) обследования, консультаций.) посредством электронного взаимодействия (электронная почта) или факсимильной связью.

Выписка из медицинских документов моего ребенка и необходимые копии его документов прилагаю.

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)