

Приложение № 5
к приказу Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 27.05.2015 № 158

В Министерство здравоохранения
Мурманской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие Министерству здравоохранения Мурманской области, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Мурманской области, медицинским организациям, участвующим в направлении и оказании высокотехнологичной медицинской помощи 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)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и

серия документа, кем и когда выдан)

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

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания,

контактный телефон)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии)

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

8. Сведения о законном представителе, доверенном лице _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

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

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя, доверенного лица

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

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

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (а).

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласен (согласна).

Срок действия Заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента (законного представителя) _____ / _____ /

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы пациента _____
зарегистрированы _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (дата приема заявления) _____ (подпись специалиста)

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента _____
зарегистрированы _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (дата приема заявления) _____ (подпись специалиста)