

Форма № 1-ВМП

В _____
(орган исполнительный власти
_____ субъекта Российской Федерации
_____ в сфере здравоохранения)

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку
персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие органу исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения _____ 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 № 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.

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)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____

(№ Талон на оказание ВМП)

Принял

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
(№ Талон на оказание ВМП)

Принял

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)