

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»
(ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России»)

Приложение к Приказу
Департамента здравоохранения города Москвы от «02» февраля 2016 г.

В комиссию Министерства здравоохранения

_____ (области\края)
по отбору пациентов для оказания
высокотехнологичной медицинской
помощи

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

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

даю (не даю) согласие Министерству здравоохранения Московской области на
обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью
организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, и прошу
оформить Электронный «Талон на оказание ВМП» в
ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России»
(наименование медицинской организации)

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской — указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, паспорта или свидетельства о рождении, номер и серия,
кем и когда выдан)

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

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

Контактный телефон: _____

Электронная почта : _____

6. Страховой медицинский полис в сфере обязательного
медицинского страхования(16-ти значный номер и наименования
страховой организации) :

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

8. Социальная группа: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер (нужное подчеркнуть)

Инвалидность (нужное подчеркнуть) есть нет

Сведения о законном представителе

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (почтовый адрес по месту жительства)

9. Дата рождения законного представителя _____

_____ (число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

_____ (наименование(паспорт РФ, номер и серия, кем и когда выдан))

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя (данные свидетельства о рождении):

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

Примечание. Пункты 8—11 настоящего заявления заполняются в 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 настоящем заявлении, согласен (согласна).
(нужное подчеркнуть)**

Подпись _____

Дата _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.
Заявление и документы пациента _____

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

----- (линия отреза)-----
Расписка-уведомление (*)

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

