

## ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

даю своё согласие органу исполнительной власти Министерству здравоохранения Челябинской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи в

\_\_\_\_\_ (наименование мед.организации, в которую направляется пациент)

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 регистрации по месту жительства (пребывания) \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия и № полиса ОМС, наименование страховой медицинской организации:

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

8. Сведения о законном представителе \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес 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)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах. Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(предупреждена). На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласен (согласна). Заявитель проинформирован, что по запросу медицинской организации результаты исследований: снимки, диски, описание обследования и т.д. могут быть предоставлены в медицинскую организацию без его согласия.

Срок действия заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.