

Заявление о согласии на обработку персональных данных

(фамилия, имя, отчество)

Я, даю согласие департаменту здравоохранения Вологодской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении и приложениях к нему, с целью организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также на получение по телефону информации, связанной с выделением квоты. Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных с МО, в том числе по электронной почте, на базе которой будет проходить оказание ВМП, СМП.

1. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, серия и номер документа,

кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) и почтовый индекс \_\_\_\_\_

5. Адрес фактического проживания и почтовый индекс \_\_\_\_\_

6. Номер полиса обязательного медицинского страхования, наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

7. Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_

8. Электронный адрес (при наличии) \_\_\_\_\_

9. Группа инвалидности (при ее наличии) \_\_\_\_\_

10. Социальный статус пациента: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер, военнослужащий (нужное подчеркнуть)

11. Контактный телефон: тел. мобильный \_\_\_\_\_

тел. мобильный \_\_\_\_\_, домашний тел. \_\_\_\_\_

**Об ответственности за достоверность сведений, указанные в заявлении предупрежден / предупреждена) (нужное подчеркнуть)**

**На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, и (или) по электронной почте, указанным в заявлении согласен / согласна (нужное подчеркнуть)**

Дата заполнения заявления \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_

-----  
Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_  
(ФИО специалиста) \_\_\_\_\_ дата приема док-тов) \_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

12. Сведения о законном представителе (для лиц с 1-й группой инвалидности)

ФИО законного представителя \_\_\_\_\_

13. Дата рождения законного представителя (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

14. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан)

15. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый индекс законного представителя \_\_\_\_\_

16. Адрес фактического проживания и почтовый индекс, почтовый индекс законного представителя

Дата заполнения заявления \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_