

ЗАЯВЛЕНИЕ

о направлении на ВМП (СМП) и согласии на обработку персональных данных

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

Прошу направить меня на оказание ВМП (СМП) и даю СЗФМИЦ им.В.А Алмазова согласие на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания специализированной медицинской помощи.

1. Дата рождения пациента _____
(число, месяц, год)
2. Пол _____
3. Документ, удостоверяющий личность пациента (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, email, контактный телефон)
6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии)

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____
8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)
9. Дата рождения законного представителя _____
10. Документ, удостоверяющий личность 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 РФ

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).

Подпись пациента _____/_____/_____

Дата