

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я _____ законный

представитель ребенка _____ даю
согласие департаменту здравоохранения Вологодской области на обработку и использование
данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания
специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

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: 1. Дошкольник, 2. Школьник, 3. Студент, 4. Работающий,
5. Неработающий, 6. Пенсионер, 7. Военнослужащий.

11. Контактный телефон: дом. _____, тел. мобильный _____
тел. мобильный _____

Об ответственности за достоверность сведений, указанные в заявлении, и их соответствия данным,
указанным в представленных документах предупрежден (-на)

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных _____ данных по телефонам,
указанным в заявлении согласен(согласна)

Дата заполнения заявления _____ Подпись пациента _____

Документы _____ Принял _____
(ФИО пациента) (дата приема док-тов) (подпись специалиста)

12. Сведения о законном представителе (для детей до 18 лет)

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 _____