

**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