

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к Порядку направления пациентов
Алтайского края на оказание
высокотехнологичной медицинской
помощи с применением специализи-
рованной информационной системы

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

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

даю согласие _____
(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем
заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной
медицинской помощи.

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 по месту жительства _____
(почтовый адрес по месту жительства)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон (при
наличии), адрес электронной почты (при наличии))

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при
наличии), наименование страховой медицинской организации,
осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского
страхования

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при
наличии) _____

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(почтовый адрес места жительства, 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)

12. На передачу документов в Министерство здравоохранения Алтайского края по почте, с помощью курьера, по электронной почте направляющей медицинской организации _____ (согласен, согласна). _____

(нужное подчеркнуть)

(подпись пациента или его законного представителя)

Примечание. Пункты с 8 по 11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

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

(подпись)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) зарегистрированы

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)