Приложение к административному регламенту министерства здравоохранения

Приморского края по предоставлению государственной услуги «Прием заявлений, постановка на учет и предоставление информации об организации высокотехнологичной медицинской помощи», утвержденному приказом министерства здравоохранения Приморского края от 10,02,2020 г. № 18/пр/149

В министерство здравоохранения Приморского края

Согласие на обработку персональных данных

Я, ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Даю (не Даю) согласие (нужное подчеркнуть)

(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)

1. Пол

(женский, мужской - указать нужное)

1. Документ, удостоверяющий личность

(наименование, номер и серия,

кем и когда выдан)

1. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)

(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

1. Адрес фактического проживания

(почтовый адрес фактического проживания контактный телефон)

1. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),

наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страховании (при наличии)

1. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)
2. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

1. Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

1. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

1. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в 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). Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) зарегистрированы

Принял

(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)