

Согласие на обработку персональных данных заявителя

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие Медицинскому центру ДВФУ на обработку и использование моих персональных данных с целью организации высокотехнологичной медицинской помощи и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Согласие распространяется на следующую информацию:

1. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_  
(женский, мужской - указать нужное)

3. Данные документа, удостоверяющего личность и гражданство: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(почтовый адрес, контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

5. Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(почтовый адрес, контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

6. Данные полиса обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(серия и номер полиса)  
(название страховой компании)

7. Данные свидетельства обязательного пенсионного страхования СНИЛС (при наличии): \_\_\_\_\_

8. Сведения о законном представителе: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, контактный телефон, электронный адрес (при наличии)): \_\_\_\_\_

9. Дата рождения законного представителя (число, месяц, год): \_\_\_\_\_

10. Данные документа, удостоверяющего личность законного представителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

**На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по электронному адресу и телефонам, указанным в настоящем заявлении согласен(а) (нужное подчеркнуть).** Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам. Подпись заявителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

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)