

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о согласии на обработку персональных данных**  
**(специализированная медицинская помощь)**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных)

даю согласие \_\_\_\_\_  
(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, медицинской организации)

на обработку и использование данных, а именно.

1. Дата рождения (ч.м.г.) \_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(индекс, город, улица, дом, квартира)

5. Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

6. Контактный телефон: \_\_\_\_\_

7. Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

8. Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса ОМС: \_\_\_\_\_

9. Номер страхового индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_

10. Социальная группа (нужное подчеркнуть): студент, работающий, неработающий, пенсионер.

11. Наличие инвалидности (нужное подчеркнуть): есть / нет

12. Сведения о законном представителе (ФИО, адрес, контактный телефон): \*

13. Дата рождения законного представителя (ч.м.г.) \_\_\_\_\_

14. Документ, удостоверяющий личность законного представителя: \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

15. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

\* Примечание: пункты 12-15 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

16. Об ответственности за достоверность представленных в настоящем заявлении сведений предупрежден / предупреждена (нужное подчеркнуть)

17. На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефону и/или электронной почте, указанным в заявлении согласен/согласна (нужное подчеркнуть)

Подпись пациента/законного представителя: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата заполнения)