

(наименование органа исполнительной власти
субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения, медицинской организации <*>)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных**

Я, (ФИО) _____
даю согласие _____ ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, медицинской организации)

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

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: _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты (при наличии) _____

6. Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса ОМС: _____

7. Номер страхового индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____

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

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

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

11. Дата рождения законного представителя (ч.м.г.) _____

12. Документ, удостоверяющий личность законного представителя: _____

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

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

* Примечание: пункты 10-13 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

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 _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) принял:

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)