

Форма № 1-ВМП

В _____
(орган исполнительный власти
_____ субъекта Российской Федерации
_____ в сфере здравоохранения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, Иванов Иван Иванович,
(фамилия, имя, отчество)

даю (не даю) согласие (нужно подчеркнуть)
ФГАУ «НМИЦН им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России
(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинской организации)
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения 01.01.90
(число, месяц, год)

2. Пол М
(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность Паспорт РФ Серия 7777 № 777777 Выдан: ОУФМС 777 Дата выдачи: 01.01.20
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) Россия г.Москва ЦАО Тверская пл. д. 1 кв. 777 тел. +7 (777) 777-77-77
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания Россия г.Москва ЦАО Тверская пл. д. 1 кв. 777 тел. +7 (777) 777-77-77; тел. +7 (777) 777-77-77
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (при наличии) АО "МАКС-М" 7777777777777777

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) 777-777-777-77

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество)
(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____
(число, месяц, год)
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

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

Примечание: пункты 8 - 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 заявлении согласен (согласна). (нужное подчеркнуть)

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

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

Принял:

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приёма заявления)

(подпись специалиста)