Приложение

к Порядку заполнения формы статистического учета № 025/у-ВМП

«Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи»,

утв. приказом Минздрава России от 30 января 2015 г. № 29н

|  |  |
| --- | --- |
| В |  |
|  | (наименование органа исполнительной власти |
|  | |
| субъекта Российской Федерации | |
|  | |
| в сфере здравоохранения, медицинской организации\*[[1]](#footnote-2)) | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии (несогласии) 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, медицинской организации) |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата рождения | |  | |
|  | | (число, месяц, год) | |
| 2. Пол |  | | |
|  | (женский, мужской — указать нужное) | | |
| 3. Документ, удостоверяющий личность | | |  |
|  | | | (наименование, номер и серия, |
|  | | | |
| кем и когда выдан) | | | |

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (почтовый адрес по месту жительства (пребывания)) | |
| 5. Адрес фактического проживания |  |
|  | (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) |  |
|  | |

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

|  |
| --- |
|  |

8. Сведения о законном представителе

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (фамилия, имя, отчество) | |
|  | |
| (адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон) | |
| 9. Дата рождения законного представителя |  |
|  | (число, месяц, год) |

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (наименование, номер и серия, кем и когда выдан) | |
|  | |
| 11. 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 |  | |  |
|  | (№ Талона на оказание ВМП) | |  |

Принял

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

------------------------------------------------------(линия отреза)------------------------------------------------------

**Расписка-уведомление**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявление и документы гражданина (гражданки) | |  |
|  |  | |
| (№ Талона на оказание ВМП) |  | |

Принял

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

1. \* Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-2)