

Заявление о согласии на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие органу исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения
ДОЗН КО г. Кемерово 650000, г. Кемерово, пр-т Советский, 58
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью
организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения: « ____ » _____ г.
2. Пол: Мужской/Женский
3. Документ, удостоверяющий личность: _____

4. Адрес по месту регистрации _____
Контактный телефон _____

5. Адрес фактического проживания _____

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и № страхового медицинского
полиса обязательного медицинского страхования граждан _____

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

8. Сведения о законном представителе _____

(Фамилия, имя, отчество, Почтовый адрес места жительства, фактического проживания, телефон)
9. Дата рождения законного представителя _____

(число, месяц, год)
10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____

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

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

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный
представитель гражданина РФ

Срок действия заявления – один год с даты подписания.

Перечень действий с персональными данными: Сбор, хранение, уточнение, обработка, передача в ДОЗН КО
Оператор обязуется обеспечить сохранность и нераспространение персональных данных гражданина

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного
документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с
уведомлением о вручении, либо вручен лично по расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных
данных Оператор обязан прекратить их обработку и хранение в течение периода времени, необходимого для
завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден
(предупреждена) – нужное подчеркнуть

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам,
указанным в заявлении согласен (согласна) - нужное подчеркнуть

Подпись пациента _____ / _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам

Заявление и документы пациента зарегистрированы _____

(№ талона на ВМП)

Принял _____
Дата приема заявления

(Подпись специалиста)