

**В Министерство здравоохранения
Ростовской области**

(орган исполнительный власти
ул. 1-й Конной армии, 33
(субъекта Российской Федерации)
г. Ростов-на-Дону, 344029
(в сфере здравоохранения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку
персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя отчество законного представителя)

_____,
(фамилия, имя отчество ребенка)

даю согласие **Министерству здравоохранения Ростовской области**

(наименованию органу исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

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

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

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

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и
серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия и номер полиса ОМС граждан пациента (при наличии), наименование
страховой мед. организации осуществляющей деятельность в сфере ОМС
(при наличии) _____

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

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, 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 Российской Федерации.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий при автоматизированной и неавтоматизированной обработке с передачей по сети Интернет в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.

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)

Срок действия Заявления – один год с даты подписания.

Подпись пациента _____ / _____ /

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента зарегистрированы

Принял

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)