

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество матери или отца)

Даю согласие Минздраву РТ на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания санаторно-курортного лечения сына (дочери). Предполагаемая дата заезда _____ (указать обязательно)

I. Персоналифицированные данные ребенка:

1. ФИО ребенка _____

2. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

3. Пол _____

(женский, мужской – нужно указать)

4. Документ удостоверяющий личность _____

(наименование, номер и

серия документа, кем и когда выдан)

5. Адрес по месту регистрации

(почтовый адрес по месту регистрации)

6. Адрес фактического проживания _____

(почтовый адрес фактического проживания,

контактный телефон)

7. Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса ОМС (при наличии)

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

II. Персоналифицированные данные законного представителя ребенка:

9. Сведения о законном представителе:

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

10. Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

11. Документ удостоверяющий личность законного представителя:

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

12. 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 гр. Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность представленных сведений
предупрежден (предупреждена)

(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате заезда в СКУ и иных данных по
телефонам указанным в заявлении согласен (согласна)

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным
документам.

Подпись пациента _____

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Зарегистрированы _____

(№ заявки на оказание СКЛ)

Принял

(дата приема
заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка – уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Зарегистрированы _____

(№ заявки на оказание СКЛ)

Принял

(дата приема)

(подпись специалиста)