

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие Министерству здравоохранения Рязанской области 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 документа, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания, **контактный телефон**)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии)

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

8. Сведения о законном представителе \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(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.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

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

Срок действия Заявления – один год с даты подписания.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_  
зарегистрированы \_\_\_\_\_

(№ Талона на оказание СМП)

Принял

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

Председателю комиссии,  
первому заместителю  
министра здравоохранения  
Рязанской области  
В.И. Грачеву

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

проживающей (его) по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

мобильный телефон

\_\_\_\_\_

заявление.

Прошу рассмотреть документы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

для направления в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

для оказания специализированной медицинской помощи.

\_\_\_\_\_