

Входящий № _____ от _____
Прикреплен _____
От МО _____
Прикрепить _____

ГБУЗ «Городская детская поликлиника №2»
185026, г. Петрозаводск, ул. Ровно, д. 13
Главному врачу
от _____

Заявление

Прошу прикрепить/открепить _____
(ФИО гражданина полностью или ФИО гражданина, законным представителем* которого я являюсь полностью)

к/от медицинской организации ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2»

По причине: _____

Сведения о застрахованном лице (ребенок):

1. Ф.И.О. _____

2. Пол: _____ Дата рождения: _____ Место рождения: _____

3. Паспорт, свидетельство о рождении (другой документ, удостоверяющий личность): _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

4. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): _____

5. Адрес регистрации (по месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации – нужное подчеркнуть): _____

6. Контактная информация (телефон, e-mail): _____

7. Страховой медицинский полис: _____

(серия, номер, дата выдачи документа)

8. Страховая медицинская организация: _____

9. СНИЛС: _____

10. Прикреплен к медицинской организации: _____

(прежнее прикрепление)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(ФИО гражданина полностью или ФИО гражданина, законным представителем* которого я являюсь полностью)

принимаю решение о предоставлении в медицинскую организацию персональных данных в составе: фамилия; имя; отчество; дата рождения; пол; адрес проживания; адрес регистрации; контактный телефон; реквизиты медицинского полиса; СНИЛС; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, услуг, при условии, что их обработка осуществляется штатным сотрудником медицинской организации, допущенным по роду своей профессиональной деятельности к обработке персональных данных.

Даю свое согласие на обработку персональных данных автоматизированным, исключительно автоматизированным способами или без использования средств автоматизации в информационной системе персональных данных медицинской организации, включающую: сбор персональных данных; систематизация персональных данных; накопление персональных данных; передачу персональных данных определенному кругу лиц (передача персональных данных); хранение персональных данных; блокирование персональных данных; снятие блокирования с целью оказания медицинской помощи; предоставления отчетности в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия; предоставления сведений о субъекте персональных данных в страховые медицинские организации.

Я подтверждаю, что предоставленные мной персональные данные являются полными, актуальными и достоверными. Настоящее согласие предоставляется на срок до момента ликвидации медицинской организации или до отзыва согласия.

Подпись застрахованного лица (законного представителя*) _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

Сведения о представителе застрахованного лица (заполняется при подаче заявления представителем* застрахованного лица)

1. Ф.И.О. _____

2. Отношение к гражданину: _____

3. Паспорт, Свидетельство о рождении (другой документ, удостоверяющий личность): _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

Контактная информация представителя (телефон, e-mail): _____

Подпись застрахованного лица (законного представителя*) _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан - опекунами.