

Председателю комиссии, главному врачу
ГБУ РО «ГКБСМП» Тарасенко С.В.

(фамилия)

(имя, отчество)

Документ, удостоверяющий личность

проживающей (его) по адресу:

контактный (мобильный) телефон

электронный адрес (при наличии)

Заявление.

Прошу рассмотреть документы для направления в Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ГБУ РО «ГКБСМП») для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений:

« _____ » _____ 201__ г.

Дата

(подпись)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие ГБУ РО «ГКБСМП» 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, серия и номер 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 обязательного медицинского страхования граждан пациента (при наличии) _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (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, серия и номер документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

(наименование, серия и номер 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 предупреждён (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 ВМП)

Принял _____
(дата приёма заявления) (подпись специалиста)