СМП

В *оставить пустым*

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, *ФИО ребенка*
(фамилия, имя, отчество)

даю (не даю) согласие (нужно подчеркнуть)
ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России
(наименование медицинской организации)
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания специализированной медицинской помощи.

1. *дата рождения ребенка*
(число, месяц, год рождения)

2. *пол ребенка*
(пол: женский, мужской - указать нужное)

3. *до 14 лет - свидетельство о рождении; с 14 лет - паспорт ребенка*
(документ удостоверяющий личность:наименование, номер и серия,кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) *до 14 лет - по форме №8;*
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))
с 14 лет - по паспорту

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

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского
данные о страховом полисе ребенка

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

8. Сведения о законном представителе
ФИО законного представителя
(фамилия, имя, отчество)
адрес регистрации, почтовый адрес фактического проживания, телефон
(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя *дата рождения представителя*
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя
документ, удостоверяющий личность законного представителя
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя
свидетельство о рождении или иной документ, доказывающий полномочия представителя
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты 8 – 11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

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

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Подпись пациента *V* / *V*