

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных на 202__ г.

Я, _____

(фамилия, имя отчество)

даю согласие **Министерству Здравоохранения Краснодарского края** на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении с целью организации санаторно-курортного лечения моему ребенку:

_____ (фамилия, имя отчество)

• Дата рождения _____

(число, месяц, год)

• Пол _____

(женский, мужской – указать нужное)

• Документ удостоверяющий личность пациента _____

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

• Адрес, регистрация по месту жительства _____

(почтовый адрес)

• Адрес фактического проживания _____

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

Телефон _____

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

• Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

Срок действия Заявления – один год с даты подписания

Подпись пациента _____ (_____) Дата _____

Данные, указанные в заявлении соответствуют предоставленным документам.

Заявления и документы пациента _____

зарегистрированы _____

(дата приема заявления, подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента _____

Принял

_____ (дата приема)

_____ (подпись специалиста)