Приложение № 6

к приказу от 27.12.2017 г. № 541

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся ,

(фамилия, имя, отчество пациента)

даю согласие органу управления здравоохранения на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) и оформления электронного Талона на оказание ВМП

1. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Пол: женский, мужской (нужное подчеркнуть).

 (число, месяц, год)

3. Документ, удостоверяющий личность: паспорт

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

4. Адрес регистрации по месту жительства

(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания

(почтовый адрес фактического проживания)

6. Контактный телефон 7. Адрес электронной почты

8. Наименование страховой компании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия и номер страхового полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Страховой номер индивидуального лицевого счета

(номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования)

10. Социальная группа: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер (нужное подчеркнуть).

11. Категория льготы: есть, нет (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Сведения о законном представителе1

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, контактный телефон)

13. Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

14. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

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

15. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

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

16. Об ответственности за достоверность представленных в настоящем заявлении сведений предупрежден, предупреждена (нужное подчеркнуть)

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

Подпись пациента (законного представителя) Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

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

(Ф.И.О. пациента)

Принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

(должность и Ф.И.О. специалиста) (подпись специалиста)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**линия отрыва**

**РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ**2

Заявление и документы

(Ф.И.О. пациента)

Принял « » 2019 г.

(должность и Ф.И.О. специалиста) (подпись специалиста) (дата приема заявления)

1 Пункты 12–15 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина РФ

2 Выдается на руки пациенту (законному представителю).