

От гр. _____
Ф.И.О. полностью

Заявление о выборе медицинской организации

Я, _____,
_____, пол _____, гражданство _____, паспорт _____
дата рождения _____ мужской/женский _____ РФ или иное _____ серия _____ номер _____
выдан, дата выдачи _____

зарегистрирован(а) _____,
место, дата регистрации _____

проживающий(ая) _____,
место жительства _____

страховой медицинский полис № _____ выдан _____
страховая медицинская организация _____

находился(ась) на обслуживании _____
на момент подачи заявления _____

прошу принять меня на медицинское обслуживание (оказание первичной медико-санитарной помощи) ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7».

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, с порядком оказания медицинской помощи по участковому принципу с учетом территориальной доступности **ознакомлен, согласен (на)** на оказание медицинской помощи участковым терапевтом на дому по месту моего проживания _____.

« _____ » _____ 201 года _____ Контактный телефон _____
личная подпись _____ расшифровка подписи _____

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 201 года

Прикрепить с « _____ » _____ 201 года Участок № _____ терапевт _____.

Отказать в прикреплении в связи _____

Главный врач _____ Потапова А.А.

Письменное согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
проживающий по адресу _____,

паспорт серия _____ номер _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-

ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7», 153032, г.Иваново, ул. Воронина, д.11 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу моими персональными данными со страховой организацией _____ и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, прим условия, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 201 _____ года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи.

Контактный телефон: _____ почтовый адрес: _____

личная подпись _____

расшифровка подписи _____