

Директору федерального государственного
бюджетного учреждения «Детский медицинский центр»
Управления делами Президент Российской Федерации
Шурыгиной С.В.
от гр. Иванова Ивана Ивановича

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, Иванов Иван Иванович,
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина Иванова Игоря Ивановича,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения 01.07.2020, место рождения Г. Москва,
(число, месяц, год)

гражданство РФ, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),

законным представителем которого я являюсь: несовершеннолетний ребёнок
попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя.

Паспортные данные законного представителя,

для оказания первичной медико-санитарной помощи к федеральному государственному бюджетному
учреждению «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № 7794.....
выдан страховой медицинской организацией Согаз-мед, выдан 25августа 2021

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

Место регистрации: Г. Москва. М. Филёвская 22-22, дата регистрации: 25 августа 2021.

Место жительства (пребывания): Г. Москва. М. Филёвская 22-22.
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации ГБУЗ ДГП 23 г. Москвы
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:
серия XI-МЮ № 61..., выдан « 25 » июля 2020 года

Кунцевский отдел ЗАГС
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация Телефон: 8-915-705-21-51 e-mail: vala@yandex.ru

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - 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 медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам: Иванова Ирина Ивановна

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

« » Дата заявления года (Иванов И.И.)
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « » 20 года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « » года. Участок № Врач .

Отказать в прикреплении в связи с

 ()
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

« » года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

« » 20 года.

Получил копию заявления ()
(подпись) (Ф.И.О.)