

Руководителю медицинской организации
_____ Загребасовой Е.А. _____
от гр. **Иванова Ивана Ивановича**
(ФИО полностью)

**Заявление № _____
о выборе медицинской организации**

Я, _____ **Иванов Иван Иванович** _____,
(фамилия, имя, отчество)
прошу прикрепить гражданина **Иванову Марию Ивановну** _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения **15.08.2020** _____, место рождения **г. Москва** _____,
(число, месяц, год)
гражданство _____ **РФ** _____, пол мужской/**женский**
(нужное подчеркнуть)
представителем, которого я являюсь: _____ **ПАСПОРТ 9811 № 540604** _____ **ВЫДАН ОВД**
Г. ДОЛГОПРУДНЫЙ 15.05.2021 _____
(попечительство и т.д., а также вид, номер, дата и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

_____ для оказания первичной-медико-санитарной помощи к ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 43 Департамента здравоохранения города Москвы»
Полис обязательно медицинского страхования № **149888974300058** выдан страховой медицинской организацией _____ **РЕСО ГАРАНТИЯ**
Место регистрации: г. **Москва, Сумская ул. д.26** _____, дата регистрации: **17.06.2014** _____
Место жительства (пребывания): **ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РЕГИСТРАЦИИ** _____
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____ **ЕСЛИ РАНЕЕ ПРИКРЕПЛЁН** _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).
Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина (указать): _____ **СВ-ВО О РОЖДЕНИИ** _____
серия **I-СН** № **618517** _____, выдан « **02** » **02** _____ 2020 года _____
УПРАВЛЕНИЕМ ЗАГС Г. ДОЛГОПРУДНЫЙ _____
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____ **МОБ. ТЕЛ. И ЭЛ. ПОЧТА** _____

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 (иного 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, хранения (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.

Передачи 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:

Ивановой Марии Сергеевне

Иванову Ивану Юрьевичу

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

« 01 » 01 2024 года

_____ (Иванов И.И.)
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « ____ » _____ 20__ года .

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 20__ года. Участок № _____. Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

М.П.

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

« ____ » _____ 20__ года

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки « ____ » _____ 20__ года

Копию заявления получил _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)