

Форма № 1-ВМП

В Министерство здравоохранения  
(орган исполнительной власти  
Ивановской области  
субъекта Российской Федерации)  
в сфере здравоохранения)

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии (несогласии) на обработку  
персональных данных

Я, Иванова Мария Ивановна

(фамилия, имя, отчество)

даю (не даю) согласие (нужно подчеркнуть)

ФГБУ "РРК "Детство"

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере  
здравоохранения, медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью  
организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

ФИО ребенка: Иванов Семен Сергеевич

1. Дата рождения 17.04.2010

(число, месяц, год)

2. Пол мужской

(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность Свидетельство о рождении

(наименование, номер и серия,

№ 11111 Отделом ЗАГС г.р. Вичуга

кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) Ивановская обл, г. Вичуга

(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

ул. 50 лет Октября, д. 5 кв. 55

5. Адрес фактического проживания Ивановская обл, г. Вичуга

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

ул. 50 лет Октября, д. 55, кв. 55

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование  
страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного  
медицинского страхования (при наличии)

01096194630 ЗАО "Самарче-М" 05.07.2010

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

181-239-43150

8. Сведения о законном представителе

ИВАНОВА ЯРЬЯ ИВАНОВНА

(фамилия, имя, отчество)

ИВАНОВСКАЯ ОБЛ., г. Вичуга, ул. 50 лет Октября, д. 5 кв. 55

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя

28.04.1985

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

ПАСПОРТ № РФ СЕРИЯ 4612 № 216378 ОТДЕЛЕНИЕМ

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

УЧМС РОССИИ ПО г. Вичуга ВЫДАН 28.04.2019

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

СВИДЕТЕЛЬСТВО

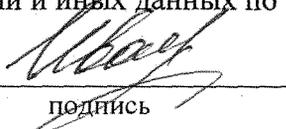
О РОЖДЕНИИ VII-МНД ИМНИ ВИГУТИНСКОГО ОТГ. ЗАГС

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

Примечание: пункты 8 – 11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)



подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки)

зарегистрированы

(№ Талон на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки)

(№ Талон на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)