

Главному врачу
бюджетного учреждения Ханты -
Мансийского автономного округа -
Югры «Сургутский клинический
перинатальный центр»
д.м.н., профессору,
Л. Д. Белоцерковцевой
от _____

(фамилия, имя, отчество заявителя (полностью), год рождения)

(номер телефона)

ОБРАЩЕНИЕ

запрос, предложение, заявление, жалоба, благодарность
(подчеркните или впишите необходимое)

Личная подпись:

Дата:

Механизм получения ответа (подчеркните или впишите необходимое):

- личная встреча: нет, да

- электронная почта:

*Даю свое согласие на предоставление вышеуказанной информацией (документов)
по средством электронной почты _____*

(подпись)

- почтовый адрес:

Прилагаю к обращению документы и материалы:

Количество листов: _____

В случае, если заявитель является законным представителем пациента или ребенка пациента:

1. Информированное добровольное согласие пациента/законного представителя об обороте конфиденциальной информации (имеется в истории болезни) проверил _____

Ф.И.О. делопроизводителя

Или

Копия доверенности (если имеется, например, пациент выписан из стационара, находится в другом городе)

2. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя

3. Согласие заявителя на обработку персональных данных

Ответ получил (а) лично

« ____ » _____ 2020 г.

подпись / _____
Ф.И.О.

Информированное добровольное согласие заявителя на обработку персональных данных заявителя

Я _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) полностью

Зарегистрированный (ная) по адресу _____

Документ удостоверяющий личность:

Наименование: _____

серия _____ N _____ . выдан _____, _____
(дата) (кем выдан)

Доверенность:

серия _____ N _____ (в случае нотариальной доверенности)
выдана _____,
(дата) (кем выдана - Ф.И.О. нотариуса в случае нотариально оформленной доверенности или Ф.И.О.

пациента или законного представителя ребенка - в случае собственноручной доверенности от пациента)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» (ул. Губкина, 1/2, г. Сургут, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ—Югра, 628415) на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, гражданство;
- адрес регистрации и фактического проживания;
- реквизиты документа, удостоверяющего мою личность — наименование, серия, номер, кем и когда выдан;
- реквизиты документа, подтверждающего мои полномочия законного представителя пациента - наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи, срок действия документа
- номер телефона;
- почтовый или электронный адрес для направления письменного ответа.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N152-03 "О персональных данных" для обработки в целях представления интересов пациента:

указать полностью фамилию, имя, отчество пациента
и/или _____

ребенка пациента

законным представителем которого(ых) я являюсь.

Я ознакомлен(а), что:

- 1) согласие на обработку персональных данных действует в течение срока, указанного в документе, подтверждающем мои полномочия законного представителя пациента.
- 2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
- 3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Дата начала обработки персональных данных: _____
(число, месяц, год)

(подпись)