

ОБРАЗЕЦ

Руководителю медицинской организации

ГБУЗ КДЦ № 4

Кечиной О.В.

от Шванова Швана Швановича

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, Шванов Шван Шванович

дата рождения 01.01.1970, место рождения г. Москва
(число, месяц, год) (фамилия, имя, отчество)

гражданство РФ, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

ГБУЗ КДЦ № 4 филиал № 1
(полное название медицинской организации)

полиса обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ 77 0000 0123456789 выдан страховой медицинской организацией Мер-Страж

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

Место регистрации г. Москва, Кутузовской пр-кт, д. 14, кв. 1, дата регистрации 01.01.2000

Место жительства г. Москва, Кутузовской пр-кт, д. 14, кв. 1

(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____

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

Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина: паспорт РФ

серия 1234 № 567890 выдан (01) 01 2000 года

отделенский ОУФМС России по гор. Москве
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация 8-123-456-78-90 СНИЛС 123-456-789-00

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование 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 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: Петров Петр Петрович

8-111-123-45-67

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно

(01) 01 2022 года _____ (Шванов Ш.Ш.)

Дата и время регистрации заявления _____ 20 ____ года.

Решение руководителя медицинской организации:

Прикрепить с _____ 20 ____ года. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

Подпись (Ф.И.О. руководителя МО) _____ 20 ____ г.

М.П.

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

Получил копию заявления _____