

Во Врачебную комиссию Медицинской организации

Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя

ФИО пациента (полностью)			
Адрес Регистрации			
Адрес фактического проживания			
Паспортные данные (или свидетельство о рождении ребенка)	серия:	номер:	дата выдачи:
кем выдан:			
Контактные телефоны			
Электронный адрес (при наличии)			

Социальный статус пациента:	Инвалидность:		
1. Дошкольник		I группа	
1.1 Ребенок - сирота		II группа	
1.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей		III группа	
2. Школьник		Ребенок инвалид	
2.1 Ребенок - сирота		Инвалид с детства	
2.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей			
3. Студент(аспирант)			
3.1 Ребенок - сирота			
3.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей			
4. Работающий			
5. Не работающий		Обращение за квотой	
6. Пенсионер		Первичное	
7. Военнослужащий		Повторное	

Прошу направить на лечение в :ФГБУ "РНЦРХТ им.ак. А.М.Гранова"Минздрава России

* Согласен на обработку и использование персональных данных, содержащихся в заявлении и приложениях к нему, с целью организации оказания специализированной медицинской помощи (СМП), а также на обработку и использование персональных данных и получение по мобильному телефону информации, связанной с выделением квоты.** Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных с МО, на базе которого будет проходить оказание СМП.

ФИО пациента (Полномочного представителя), предоставляющего документы (полностью)

Дата заполнения:

Подпись: