

от гр _____
(Ф.И.О. полностью)

телефон _____

**Заявление
о выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____
(фамилия, имя отчество)

дата рождения: _____, пол мужской / женский,
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

гражданство _____,
представителем которого я являюсь: _____

_____ (попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи к

медицинскому центру РАНХиГС
(полное название медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____, выдан страховой медицинской организацией _____

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

Место регистрации: _____ дата регистрации: _____

Место жительства (пребывания) _____

Прикреплен к медицинской организации: _____

(наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): _____

Серия _____ № _____ выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ)

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 (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, 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:

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

Личная подпись

(Ф.И.О)

Дата и время регистрации заявления:

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " " 20 года. Участок № Врач

Отказать в прикреплении в связи

(подпись)

Локшин В.Н

(Ф.И.О. главного врача)

« » 20 года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

" " 20 года

Получил копию заявления

(подпись)

(Ф.И.О.)