

от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
(АНКЕТА ПАЦИЕНТА)**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

Прошу Вас принять меня в ООО «ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ» для получения амбулаторной диализной помощи.

"Постоянный" диализ  "Гостевой" диализ на период: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Адрес центра, в котором я хочу получать лечение:**

г. Казань, проспект Победы, д.78  г. Казань, ул. Фатыха Амирхана, д.51Г

с. Высокая Гора, ул. Луговая, д.8

**Дни недели, в которые я хочу получать лечение:**

Понедельник - Среда - Пятница  Вторник - Четверг - Суббота

**Смена, в которую я хочу получать лечение:**

1 смена (8:00 - 12:00)  2 смена (13:00 - 17:00)  3 смена (18:00 - 22:00)

**О себе сообщаю следующую информацию.**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Паспорт (серия, номер)       |  |
| Полис ОМС (номер, кем выдан) |  |
| СНИЛС                        |  |
| Гражданство                  |  |
| Место жительства             |  |
| Контактный телефон           |  |

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152 -ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ»** (далее Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендаций.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления.

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ Фамилия И.О.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.