" " " " 2 0

дата

Главному врачу
ООО «ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ»
Дамоцеву Владимиру Аркадьевичу

ЗАЯВЛЕНИЕ
(АНКЕТА ПАЦИЕНТА)

Я,

Фамилия

Имя

Отчество

Прошу принять меня в ООО «ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ» для получения амбулаторной диализной помощи на:

☐ "Постоянный" диализ ☐ "Гостевой" диализ на период: _____ - _____

Адрес центра, в котором я хочу получать лечение:

☐ г. Казань, ул. Ак.Сахарова д.16А
☐ с. Высокая Гора, ул. Луговая, д.8
☐ г. Казань, ул. Фатыха Амирхана, д.51Г

Смена, в которую я хочу получать лечение:

☐ 1 смена (7:30 - 12:30)
☐ 2 смена (13:30 - 18:30)

Дни недели, в которые я хочу получать лечение:

☐ Понедельник - Среда - Пятница ☐ Вторник - Четверг - Суббота

О себе сообщаю следующую информацию:

Гражданство

Паспорт: **СНИЛС:** - -

Полис ОМС **Дата рожд.**

	Адрес регистрации	**Адрес фактического проживания**
Регион (Субъект РФ)		
Район		
Населенный пункт		
Улица		
Дом, квартира		

Контактный телефон + 7 ( ) - -

Мобильный

Дополнительный

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 регистрации и 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 рекомендациях.

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.