

Приложение  
к Порядку заполнения  
формы статистического учета  
N 025/у-ВМП "Талон на оказание  
высокотехнологичной медицинской  
помощи", утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 января 2015 г. N 29н

В \_\_\_\_\_  
(наименование органа  
исполнительной власти  
\_\_\_\_\_ субъекта Российской Федерации  
\_\_\_\_\_ в сфере здравоохранения,  
медицинской организации <\*>)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации  
в сфере здравоохранения, медицинской организации)  
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с  
целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. Пол \_\_\_\_\_  
(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия,

\_\_\_\_\_ кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания,  
контактный телефон)

6. Серия, N полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),  
наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность  
в сфере обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

8. Сведения о законном представителе \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес  
фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты 8 - 11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
зарегистрированы \_\_\_\_\_

(N Талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(N Талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

-----  
<\*> Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

\_\_\_\_\_