Главному врачу

ГБУЗ «ДГП № 12 ДЗМ»

Пронько Н.А.

от гр.

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения , место рождения , гражданство ,

(число, месяц, год)

пол мужской/женский (нужное подчеркнуть), прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к **ГБУЗ «Детской городской поликлинике № 12 ДЗМ»**

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ , выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия 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: , Mecтo жительства (пребывания):

,

(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника. оказывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации

(наименование)

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия № , выдан « » 20 года

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения

первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса OMC, 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 ихобработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинское 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 организации 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 OMC на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинской организациями, территориальным фондом OMC 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 oб 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 персональным 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.

« » 20 года ( )

(подпись) (ФИО)

Дата и время регистрации

заявления: « » 20 года

**РЕШЕННЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с « » 20 года. Участок № Врач Отказать в прикреплении в связи с

( Н.А.Пронько )

(подпись) (ФИО руководителя МО)

« » 20 года. М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

« » 20 года.

Получил копию

заявления ( )

(подпись) (ФИО)