

Согласие на обработку персональных данных пациента

и (или) его законного представителя

в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения/
Врачебную комиссию СПбГБУЗ "Городская больница №40 Курортного района"

ФИО пациента (полностью)	
Адрес Регистрации	
Адрес фактического проживания	
Паспортные данные (или свидетельство о рождении ребенка)	
кем выдан:	
Контактные телефоны	
Электронный адрес (при наличии)	

Социальный статус пациента:		Инвалидность:	
1. Дошкольник		I группа	
1.1 Ребенок - сирота		II группа	
1.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей		III группа	
2. Школьник		Ребенок инвалид	
2.1 Ребенок - сирота		Инвалид с детства	
2.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей			
3. Студент(аспирант)			
3.1 Ребенок - сирота			
3.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей			
4. Работающий			
5. Неработающий		Обращение за квотой	
6. Пенсионер		Первичное	
7. Военнослужащий		Повторное	

Прошу направить на лечение в :
СПб ГБУЗ "Городская больница №40"

* **Согласен на обработку и использование персональных данных, содержащихся в заявлении и приложениях к нему, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), а также на обработку и использование персональных данных и получение по мобильному телефону информации, связанной с выделением квоты. Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных с медицинской организацией, на базе которой будет проходить оказание ВМП.**

ФИО пациента (полномочного представителя), предоставляющего документы (полностью)	
Дата заполнения:	Подпись: