

**ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 12**

Департамента здравоохранения города Москвы

115582, г. Москва, Домодедовская улица, дом 34, корп. 2 тел/факс 391-78-00 e.mail: info@dgpl2.mosgorzdrav.ru

Главному врачу ГБУЗ «ДТП № 12 ДЗМ»

Пронько Н.А.

От гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_ мужской/женский \_\_\_\_\_,

число, месяц, год

нужное подчеркнуть

законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № \_\_\_\_\_

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес \_\_\_\_\_

по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации

(нужное подчеркнуть)

Место регистрации: \_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

регистрирующегося гражданина: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование его персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ :

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:**

Прикрепить с «01» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года Участок № \_\_\_\_\_ Врач – \_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО главного врача)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО)

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

г. Москва

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ (когда и кем)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на обработку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование и адрес оператора (органа исполнительной власти города Москвы))

моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (цель обработки персональных данных)

и распространяется на следующую информацию: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (перечень персональных данных)

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)