

Руководителю органа управления здравоохранением
субъекта Российской Федерации

Заявление.

о согласии на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

Даю согласие министерству здравоохранения Ставропольского края на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации направления на лечение бесплодия за счет средств обязательного медицинского страхования.

Для оформления всей необходимой документации сообщаю следующие данные:

Пациент:

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения ____ / ____ / ____ года.

СНИЛС _____

Документ удостоверяющий личность (паспорт) серия _____ № _____
когда и кем выдан _____

Страховой медицинский полис _____

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Контактный телефон/E-mail для получения уникального кода отслеживания очереди на ЭКО _____ / _____
(номер телефона) (адрес электронной почты)

Дата ____ / ____ / ____ года. _____ **(подпись)**