|  |
| --- |
| Генеральному директору ООО «СК «АК БАРС-Мед» Б.С. Давлетшину  |

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответ прошу направить (указать адрес почтовый

или адрес электронной почты):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт заявителя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (№ и серия)

 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ полиса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

к работе которой имеются претензии по вопросу (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | качество оказанной медицинской помощи |
|  |  |
|  | выбор медицинской организации |
|  |  |
|  | выбор врача |
|  |  |
|  | организация работы медицинской организации |
|  |  |
|  | санитарно-гигиеническое состояние медицинской организации |
|  |  |
|  | этика и деонтология медицинских работников |
|  |  |
|  | лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи |
|  |  |
|  | отказ в оказании медицинской помощи по ОМС |
|  |  |
|  | взимание денежных средств по программам ОМС |
|  |  |
|  | прочие причины (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Суть претензии, дата обращения в медицинскую организацию, диагноз, сроки госпитализации и иные сведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Прошу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |

В случае взимания денежных средств приложить подтверждающие платежные документы (чек, договор об оказании платных услуг и т.д.).

Приложение:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

**Письменное согласие**

**На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну,**

**и иных персональных данных (специальные категории персональных данных) застрахованного лица**

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии моего здоровья, предоставленной мне медицинской помощи и иные сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные мои персональные данные, известные ООО «СК «АК БАРС-Мед» в силу страхования по обязательному медицинскому страхованию, сотрудникам и внештатным медицинским экспертам ООО «СК «АК БАРС-Мед» с целью осуществления всех необходимых действий, связанных с защитой моих прав в системе обязательного медицинского страхования: проверки качества оказанной мне медицинской помощи, направления разного рода запросов, обращений и заявлений в органы государственной и муниципальной власти и организации различных форм собственности.

 Согласие дается на срок с момента подписания настоящего «Согласия» до полного исполнения обязательств ООО «СК «АК БАРС-Мед» в отношении меня. Порядок отзыва согласия мне разъяснен.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись

**Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных**

Я, ,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт серии №

выдан

дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **ООО «СК «АК БАРС-Мед»**, (далее – Оператор), на обработку\* следующих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество;
* адрес места жительства;
* адрес регистрации;
* адрес электронной почты;
* данные документа, удостоверяющего личность;
* номер полиса обязательного медицинского страхования;
* номер телефона

с целью своевременного и в достаточном объеме в соответствии с положениями Федерального закона «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 02.05.2006 № 59-ФЗ рассмотрения обращения гражданина с жалобой на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», a также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, до достижения целей обработки персональных данных или в течение сроков хранения информации, установленных законодательством РФ. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

\*обработка персональных данных - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

**Согласие на передачу персональных данных застрахованного лица третьим лицам**

Я, ,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт серии №

выдан

дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на передачу (предоставление, доступ) уполномоченными должностными лицами **ООО «СК «АК БАРС-Мед»**, (далее – Оператор) следующих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество;
* адрес места жительства;
* адрес регистрации;
* адрес электронной почты;
* данные документа, удостоверяющего личность;
* номер полиса обязательного медицинского страхования;
* номер телефона

следующей медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь застрахованному лицу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес организации)

в целях своевременного и в достаточном объеме в соответствии с положениями Федерального закона «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 02.05.2006 № 59-ФЗ рассмотрения обращения гражданина с жалобой на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», a также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, до достижения целей обработки персональных данных или в течение сроков хранения информации, установленных законодательством РФ. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)