|  |
| --- |
| Генеральному директору ООО «СК «АК БАРС-Мед» Т.Р. Каримову |

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

(ФИО)

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

проживающего(ей) по адресу:

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

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

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» для 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

|  |  |
| --- | --- |
| Вх.№ |  |

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| Отчество (при наличии)[[1]](#footnote-1)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Вид документа, удостоверяющего личность |   | Серия |   | Номер |  |
|  Кем и когда выдан  |   |

 (число, месяц, год)

|  |  |
| --- | --- |
|  проживающий/ая по адресу: |  |
|  |  почтовый индекс |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  субъект Российской Федерации |   |  |
|  |  | (республика, край, область, округ) |  |
|  |  район |   | город |   |  |
|  |  населенный пункт |   |  |
|  |  | (село, поселок и т.п.) |  |
|  |  улица |   |  |
|  |  | (проспект, переулок и т.п.) |  |
|  |  № дома (владения) |   | корпус (строение) |   | квартира |   |  |

|  |
| --- |
|  |

Свободно своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе через личный кабинет на сайте https://www.akbarsmed.ru.

|  |
| --- |
|  |

Свободно своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного), даю свое согласие ООО «СК «АК БАРС-Мед» (420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1, корп. А, оф. 85) на обработку персональных данных моего (моих) несовершеннолетнего (их) ребенка (детей) (подопечного) (при наличии).

**Перечень действий с персональными данными:** Сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

**Цели обработки персональных данных:**

1. Оказание услуг по направлению обязательного медицинского страхования;

2. Индивидуальное информационное сопровождение на всех этапах оказания медицинской помощи, предусмотренное главой XV Приказа Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

**Перечень персональных данных:** Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, гражданство, данные о регистрации, социальный статус, сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, фотографическое изображение, изображение подписи и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, номера контактных телефонов и адреса электронной связи.

Настоящее согласие дается сроком с даты подписания настоящего согласия по даты отзыва данного согласия путем направления в ООО «СК «АК БАРС-Мед» письменного уведомления.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата: |  |  |  |  |  |  |
|  | (число, месяц, год) |  |  | Подпись застрахованного лица | Расшифровка подписи |

1. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк [↑](#footnote-ref-1)