|  |
| --- |
| 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)