

ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический
центр» поликлиника №10
г. Кемерово, ул. Красноармейская, 115

Главному врачу ГАУЗ ККДЦ
Г.И. Колпинскому

Заявление.

(В соответствии с Приказом МЗ РФ №406н от 26.04.2012)

Прошу принять меня на медицинское обслуживание в ГАУЗ ККДЦ поликлинику №10.

Предоставляю сведения о себе:

Ф. И. О. (полностью) _____

_____ Пол _____ Дата рождения _____

Место рождения _____

Гражданство _____ Адрес фактического проживания _____

серия и № паспорта _____ Контактный телефон _____

СНИЛС _____ № полиса ОМС _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации в которой обслуживаюсь на данный момент _____

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 07.05.2013 г. №99-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных» и Федерального закона «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных.

_____ Дата

_____ Подпись

ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический
центр» поликлиника №10
г. Кемерово, ул. Красноармейская, 115

Главному врачу ГАУЗ ККДЦ
Г.И. Колпинскому

Заявление.

(В соответствии с Приказом МЗ РФ №406н от 26.04.2012)

Прошу принять меня на медицинское обслуживание в ГАУЗ ККДЦ поликлинику №10.

Предоставляю сведения о себе:

Ф. И. О. (полностью) _____

_____ Пол _____ Дата рождения _____

Место рождения _____

Гражданство _____ Адрес фактического проживания _____

серия и № паспорта _____ Контактный телефон _____

СНИЛС _____ № полиса ОМС _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации в которой обслуживаюсь на данный момент _____

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 07.05.2013 г. №99-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных» и Федерального закона «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных.

_____ Дата

_____ Подпись