

Руководителю государственного
учреждения здравоохранения
«13-я городская поликлиника»

от _____
(Ф.И.О. гражданина Республики Беларусь)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(Ф.И.О.(полностью), год рождения)

прописанный (-ая) _____
(адрес прописки из паспорта)

проживающий (-ая) _____
(адрес фактического места жительства/пребывания)

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в УЗ «13-ая городская поликлиника»
сроком на 1 год с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 20__ г.

О прекращении медицинского обслуживания предупреждён (-а).

Категория льгот в соответствии с Законом Республики Беларусь от 14.06.2007 №239-З «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан»

(указать категорию льгот (группу инвалидности и пр.), документ подтверждающий право на льготы, №, серию)

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего жительства в:

(название государственного учреждения здравоохранения)

Дата _____

Подпись _____

Согласие см. на обороте!

Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») на (от) внесение(я) и обработку(и) персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ номер _____ кем выдан _____

дата выдачи _____ идентификационный номер _____

проживающий по адресу: _____

адрес электронной почты, контактный номер телефона: _____

(«даю согласие на», «отказываюсь от», «отзываю согласие на» - нужное указать либо подчеркнуть)
внесение (-я) и обработку (-и) персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении в отношении

_____ (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия медицинского работника)

_____ 20 ____ г.