

Врио главного врача  
бюджетного учреждения Ханты -  
Мансийского автономного округа -  
Югры «Сургутский окружной  
клинический центр охраны  
материнства и детства», к.м.н.,  
И. И. Киличевой  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя (полностью), год рождения)

\_\_\_\_\_

(номер телефона)

**ОБРАЩЕНИЕ**  
запрос, предложение, заявление, жалоба, благодарность  
(подчеркните или впишите необходимое)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Личная подпись:

Дата:

Механизм получения ответа (подчеркните или впишите необходимое):

- . личная встреча: нет, да
- . электронная почта:

*Даю свое согласие на предоставление вышеуказанной информацией (документов) по  
средством электронной почты \_\_\_\_\_*  
(подпись)

- . почтовый адрес:

**Прилагаю к обращению документы и материалы:**

**Количество листов:**

В случае, если заявитель является законным представителем пациента или ребенка пациента:

1. Информированное добровольное согласие пациента/законного представителя об обороте конфиденциальной информации (имеется в истории болезни) проверил \_\_\_\_\_

Ф.И.О. делопроизводителя

Или

Копия доверенности (если имеется, например, пациент выписан из стационара, находится в другом городе)

2. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя

Ответ получил (а) лично

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись                      ФИО

## Информированное добровольное согласие заявителя на обработку персональных данных заявителя

Я \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество (при наличии) полностью  
Зарегистрированный (ная) по адресу \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность:

Наименование: \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ . выдан \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(дата) (кем выдан)

Доверенность:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (в случае нотариальной доверенности)  
выдана \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(дата) (кем выдана - Ф.И.О. нотариуса в случае нотариально оформленной доверенности или

Ф.И.О. пациента или законного представителя ребенка - в случае собственноручной доверенности от пациента)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам БУ «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» (пр. Пролетарский, здание 15, г. Сургут, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ—Югра, 628405) на обработку (любое действие (операцию) 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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, гражданство;
- адрес регистрации и фактического проживания;
- реквизиты документа, удостоверяющего мою личность — наименование, серия, номер, кем и когда выдан;
- реквизиты документа, подтверждающего мои полномочия законного представителя пациента - наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи, срок действия документа
- номер телефона;
- почтовый или электронный адрес для направления письменного ответа.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N152-03 "О персональных данных" для обработки в целях представления интересов пациента:

\_\_\_\_\_

указать полностью фамилию, имя, отчество пациента

и/или \_\_\_\_\_

ребенка пациента

законным представителем, которого(ых) я являюсь.

Я ознакомлен(а), что:

- 1) согласие на обработку персональных данных действует в течение срока, указанного в документе, подтверждающем мои полномочия законного представителя пациента.
- 2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
- 3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных БУ «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных". Дата начала обработки персональных данных:

(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(подпись)