

Главному врачу
ГУЗ «Клиническая больница № 5»
К.П. Позднышеву

(ФИО полностью)

проживающего(ей) по адресу:

ул. _____

дом _____ кв. _____

город _____

конт. тел. _____

паспортные данные:

серия _____ № _____

выдан _____

дата выдачи _____

Заявление

В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» прошу представить для ознакомления первичную медицинскую документацию, оформленную на мое имя за период моего лечения в _____ отделении с « ____ » _____ 20__ по « ____ » _____ 20__.

Разрешение на обработку персональных данных:

Я, даю согласие на обработку всех своих персональных данных предоставляемых мной государственному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу им. Пельше ул., д. 2, Волгоград, 400009, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам.

Срок действия согласия в течение 5 лет. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон.

« ____ » _____ 20__ г. _____

Главному врачу
ГУЗ «Клиническая больница № 5»
К.П. Позднышеву

(ФИО полностью)

проживающего(ей) по адресу:

ул. _____

дом _____ кв. _____

город _____

конт. тел. _____

паспортные данные:

серия _____ № _____

выдан _____

дата выдачи _____

законного представителя пациента (ки)

(ФИО полностью)

проживающего(ей) по адресу:

ул. _____

дом _____ кв. _____

город _____

документ, подтверждающий полномочия
законного представителя: _____

Заявление

В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» прошу представить для ознакомления первичную медицинскую документацию, оформленную на имя пациента _____ отделения за период его лечения с «___» _____ 20___ по «___» _____ 20___.

Разрешение на обработку персональных данных:

Я, даю согласие на обработку всех своих персональных данных предоставляемых мной государственному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу им. Пельше ул., д. 2, Волгоград, 400009, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам.

Срок действия согласия в течение 5 лет. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон.

«___» _____ 20___ г.

