

СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных

Я, _____ дата рождения: _____, паспорт: _____,
 _____ фамилия, имя, отчество _____ серия, номер
 выданный _____ дата выдачи: _____,
 _____ выдавший орган
 зарегистрированный (ая) по адресу: _____
 в лице законного представителя _____
 _____ фамилия, имя, отчество
 паспорт: _____, выданный _____
 _____ серия, номер _____ дата выдачи: _____,
 _____ выдавший орган
 зарегистрированного (ой) по адресу: _____
 действующего(-ей) на основании: _____
 _____ основание (свидетельство о рождении,
 _____ акт органа опеки и попечительства и др.)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ГАУЗ

_____ наименование медицинской организации
 расположенному по адресу: _____
 (далее-медицинская организация) на передачу в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (местонахождение: 420111, г.Казань, ул.Островского, д.11/6) для последующей передачи им в Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (местонахождение: 420097, г.Казань, ул.Ветеринарная, д.6) в автоматизированной системе и без использования средств автоматизации персональных данных: моих или ребенка (опекаемого) *(нужное подчеркнуть)*, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, сведения о паспортных данных (серия, номер, выдавший орган, дата выдачи), а также сведения о факте обращения в медицинскую организацию за оказанием платных медицинских услуг, о полученных в медицинской организации платных медицинских услугах, для осуществления проверки соблюдения медицинской организацией законодательства об обязательном медицинском страховании.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме путем подачи соответствующего заявления в медицинскую организацию.

Гражданин (Законный представитель)

_____ / _____ « _____ » _____ Г.
 подпись фамилия, инициалы