

СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных

Я, _____

Дата рождения: _____, Паспорт :

выдан

зарегистрированный(ая) по адресу :

в лице законного представителя _____

фамилия, имя, отчество

паспорт : _____

серия, номер

дата выдачи : _____

выдавший орган

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

акт органа опеки и попечительства и др.

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 52-ФЗ "О персональных данных", даю свое согласие ГАУЗ "Сабинская ЦРБ" расположенному по адресу : Сабинский район, пгт Богатые Сабы, ул.Тукая, 3 (далее - медицинская организация) на передачу в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (местонахождение: 420111, г.Казань, ул. Бутлерова, д.40/11 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) _____

Дата : _____ 202 г.