

Приложение № 2 к приказу департамента
здравоохранения Брянской области от
«01» марта 2023 года № 246

**Директору департамента
здравоохранения Брянской области
С.А. Галаганову от
паспорт _____**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие департаменту здравоохранения Брянской области на обработку и
использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью
организации санаторно-курортного лечения г Дата рождения _____

(число, месяц, год)

2. Пол _____

(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства _____

(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания _____

(почтовый адрес фактического проживания, **контактный телефон**)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса
страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при
наличии)

7 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

Об ответственности за достоверность представленных сведений

предупрежден(предупреждена) На передачу лично мне сведений о дате
санаторно-курортного лечения и иных данных по телефонам, указанным в
заявлении, согласен (согласна)