

фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента

фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента

место жительства (пребывания) пациента

реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента

реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента

реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента

номер контактного телефона

ЗАЯВЛЕНИЕ

Способ получения:

☐ Заказным письмом с уведомлением о вручении:

почтовый адрес для направления письменного ответа

☐ Адрес электронной почты:

@

Лично по месту нахождения лечебного учреждения:

☐ г. Новосибирск, ул. Речкуновская, 15

☐ г. Новосибирск, ул. 1905 года, 83

«___» _____ 201__ г. _____ / _____ /

подпись

ФИО

Согласие на обработку персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иные действия, необходимые для обработки персональных в соответствии с законодательством Российской Федерации, подтверждаю _____ / _____ /

подпись

ФИО