

Согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ "___" _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина, либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

Проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____ "___" _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, дата рождения, при подписании согласия законным представителем)

проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> проведение мне консультации (осмотра, опроса) в АУ «Управление спортивных сооружений Республики Марий Эл» Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В ходе консультации, по усмотрению врача, может быть произведен опрос с целью получения необходимой информации о жизни и здоровье (анамнез), осмотр, простукивание, простукивание внутренних органов, обследование с помощью фонендоскопа, тонометра, термометра и прочее. По окончании консультации мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения и прочее на усмотрение врача)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"___" _____ г.
(дата оформления)

Согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ "___" _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина, либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

Проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____ "___" _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, дата рождения, при подписании согласия законным представителем)

проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> проведение мне консультации (осмотра, опроса) в АУ «Управление спортивных сооружений Республики Марий Эл» Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В ходе консультации, по усмотрению врача, может быть произведен опрос с целью получения необходимой информации о жизни и здоровье (анамнез), осмотр, простукивание, простукивание внутренних органов, обследование с помощью фонендоскопа, тонометра, термометра и прочее. По окончании консультации мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения и прочее на усмотрение врача)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"___" _____ г.
(дата оформления)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(ФИО полностью)

Адрес _____ паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих/моего ребенка/гражданина, законным представителем которого являюсь _____
(ФИО)

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: АУ «УСС Республики Марий Эл» 424006, г. Йошкар-Ола, ул. Карла Маркса, д.105а

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, паспортные данные, либо данные документа удостоверяющие личность, данные о состоянии моего здоровья, случаи обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата «__» _____ 202__ г. Подпись гражданина _____ (_____)

Телефон гражданина _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(ФИО полностью)

Адрес _____ паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих/моего ребенка/гражданина, законным представителем которого являюсь _____
(ФИО)

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: АУ «УСС Республики Марий Эл» 424006, г. Йошкар-Ола, ул. Карла Маркса, д.105а

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, паспортные данные, либо данные документа удостоверяющие личность, данные о состоянии моего здоровья, случаи обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата «__» _____ 202__ г. Подпись гражданина _____ (_____)

Телефон гражданина _____