

Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

Информирован о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС). Я информирован, что ООО «ХИЛТ» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

_____ / «_____» _____ 20__ г.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ХИЛТ», расположенному по адресу: г. Балаково, ул. 20 лет ВЛКСМ, д.14, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и здоровья, представленных в ООО «ХИЛТ». Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

_____ / «_____» _____ 20__ г.

Разрешение разглашения сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями статьи 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан разрешаю ООО «ХИЛТ» разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении

_____,

(указывается кому – фамилия, имя, отчество полностью)

в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента.

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ / _____ /