

**ВНИМАНИЕ! Заявление заполняет родитель до исполнения ребенку 14 лет.  
С 14 лет заявление заполняет сам ребенок.**

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Иванова Мария Петровна

(фамилия, имя, отчество)

даю своё согласие органу исполнительной власти Министерству здравоохранения Челябинской области на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обработку, передачу, обезличивание, блокировку и уточнение, блокировку и уничтожение данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФГБУ «Хогвардс», г.Авалон

моему ребенку Иванову Ивану Ивановичу

(фамилия, имя, отчество)

1. Дата рождения 15.10.20152. Пол (мужской, женский – нужное подчеркнуть)3. Документ, удостоверяющий личность **свидетельство о рождении I-ИВ №123456 Отдел ЗАГС Центрального района г.Челябинска 25.10.2015**

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

4. Адрес по месту регистрации 454000 г.Челябинск, ул.Блюхера, д.3, кв.3

(индекс, область, город, улица, дом)

5. Адрес фактического проживания 454000 г.Челябинск, ул.Блюхера, д.3, кв.3  
89511510000, 8922000229

(индекс, область, город, улица, дом, контактный телефон)

6. Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования **СК Альфа-Страхование 7488774445100055**7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) **167-444-333-22**8. Сведения о законном представителе Иванова Мария Петровна

(фамилия, имя, отчество)

**454000 г.Челябинск, ул.Блюхера, д.3, кв.3 89511510000, 8922000229**

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя 25.12.1990

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя **паспорт 7500 №123456 Центральное РОВД г.Челябинска 15.01.2005**

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

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя (*документ, подтверждающий родственную связь с ребенком*)**свидетельство о рождении I-ИВ №123456 Отдел ЗАГС Центрального района г.Челябинска 25.10.2015**

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

**Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.****На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).**

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись **родителя ребенка до 14 лет**  
**(с 14 лет – подпись ребенка)**

Согласно ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ гл.6, ст.51, п.3 «Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. **При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается».**

Ознакомлен (а) Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись **родителя ребенка до 18 лет**