

Директору ООО «Центр Нефрологии»
Беляеву Д.О.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

**Заявление
о выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол – М/Ж)

Прошу Вас принять меня в **ООО «Центр Нефрологии»**, находящегося по адресу:

- Республика Татарстан, с.Высокая Гора, ул. Луговая д.8
- Республика Татарстан, г.Казань, Проспект Победы, д.78
- Республика Татарстан, г. Казань, ул. Ф.Амирхана д.51г

для получения амбулаторной диализной помощи

О себе сообщаю следующую информацию:

Паспорт (серия, номер)	
Полис ОМС (номер, кем выдан)	
Гражданство	
Место жительства	
Контактный телефон	

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «Центр Нефрологии»** (далее Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления.

Я уведомлен и согласен с тем, что в помещениях ООО «ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ» ведется видеонаблюдение.

Я уведомлен и согласен с тем, что ООО «ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ» вправе отказать мне в оказании мне медицинской помощи, а также снять с лечения в следующих случаях:

- **Нахождение на территории медицинской организации в состоянии алкогольного и/или наркотического опьянения**
- **Курении на территории медицинской организации**
- **Нахождения на территории медицинской организации в антисанитарном виде**
- **Умышленная порча имущества медицинской организации**
- **Иные противоправные действия, предусмотренные законодательством РФ**

Личная подпись _____
" ____ " _____ 2020 г.