

ОБРАЗЕЦ

И. О. Главного врача ГБУЗ
«Областная психоневрологическая больница
№ 5» О.В. Поцелюк

(Фамилия, имя, отчество, год рождения,
место регистрации)

Заявление.

Прошу предоставить справку о нахождении под наблюдением у врача-психиатра по месту жительства, для прохождения медицинской комиссии.

Копию паспорта прикладываю.

Ответ прошу выслать на: _____
указать адрес (почтовый адрес, электронный адрес) .

Также, в соответствии с положением Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим даю ГБУЗ «Областная психоневрологическая больница № 5» согласие на обработку моих персональных данных, касающихся моего здоровья, в целях обеспечения полной, комплексной и квалифицированной обработки персональных данных, а также защиты персональных данных от доступа третьих лиц, путем систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), блокирования, уничтожения персональных данных с использованием средств автоматизации и в объеме необходимом ГБУЗ «ОПНБ № 5».

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания, действует бессрочно и может быть отозвано путем подачи письменного заявления в адрес ГБУЗ «Областная психоневрологическая больница № 5».

С возможными последствиями передачи моих персональных данных по открытому каналу связи ознакомлен(а).

дата

подпись