

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области
«Архангельский областной центр
социальной защиты населения»

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства на территории
Архангельской области

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность,

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона

СОГЛАСИЕ

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем
которого (которых) являюсь, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата
выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении
ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

в целях предоставления ежемесячной денежной выплаты на проезд к месту
нахождения медицинской организации для получения специализированной
медицинской помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления
меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной
недостаточностью, в Архангельской области, утвержденным постановлением
Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп,
на предоставление сведений о ежемесячном количестве оказанных услуг
медицинской организацией специализированной медицинской помощи
методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный
диализ), необходимых для расчета размера денежной выплаты, предоставляемых
государственным казенным учреждением Архангельской области

«Архангельский областной центр социальной защиты населения»,
расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)
в территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Архангельской области, расположенного по адресу:

г. Архангельск, пр. Чумбарова-Лучинского, д. 39, корп. 1

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых)
являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона
от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

«__» _____ Г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну,
в отношении несовершеннолетних подписывают их законные
представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ «__» _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ «__» _____ 20__ г.