Главному врачу

УЗ «15-я городская поликлиника»

заявление

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес регистрации (как в паспорте) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес проживания (в районе 15-й поликлиники) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поликлиника, в которой обслуживался ранее (по месту регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу закрепить меня на обслуживание в УЗ «15-я городская поликлиника» с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(дата)

Заполняя и отправляя данную форму, я подтверждаю, что ознакомился с политикой учреждения здравоохранения «15-я городская поликлиника» в отношении обработки персональных данных, формой согласия (отказа), отзыва согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») на (от) внесение(я) и обработку(и) персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну\*, даю согласие на обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну.

Дата подпись

\*ознакомиться можно на сайте поликлиники 15gp.by, в разделе Главная/Услуги/Работа с персональными данными