

ДЕКЛАРАЦІЯ № _____

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

I. Дані пацієнта												
1. Прізвище*			4. Стать*		5. Місце народження*				6. Дата народження*			
			Ч / Ж / Н									
2. Ім'я*			7. Серія і номер паспорту (запис №) АБО свідоцтва про народження*									
3. По батькові*					8. Реєстраційний номер облікової картки платника податків*							
9. Додатковий документ (серія, номер, дата видачі або термін дії посвідчення водія, закордонного паспорту, іншого посвідчення з фото)												
10. Контактний номер телефону (бажано мобільний)*					11. Адреса електронної пошти							
+												
12. Інформація про законного представника, опікуна чи піклувальника *												
12.1 Прізвище			12.2 Ім'я				12.3 По батькові					
12.4 Номер та серія паспорту (запис №)				12.5 Дата народження			12.6 Реєстраційний номер облікової картки платника податків					
13. Адреса місця реєстрації*												
13.1 Індекс*		13.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б			13.3 Буд./кв.*		13.4 Населений пункт*			13.5 Область*		
14. Адреса для надання допомоги за місцем проживання (перебування) - якщо не збігається з місцем реєстрації												
14.1 Індекс*		14.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б			14.3 Буд./кв.		14.4 Населений пункт			14.5 Область		
14.6 Відмовляюсь від надання допомоги за місцем проживання (перебування) - підпис												
15. Контакти особи на випадок екстреної ситуації (ім'я, телефон)												

* поля, що позначені «*», обов'язкові для заповнення

II. Дані лікаря

ПІБ*

Адреса місця надання послуг*

III. Дані виконавця

Назва*.....

Адреса місця реєстрації*.....

Код ЄДР або Реєстраційний номер облікової картки платника податків*.....

Серія, номер та дата видачі ліцензії*.....

Номер телефону адміністратора*.....

Адреса електронної пошти*.....

Своїм підписом я, _____ (ПІБ), підтверджую достовірність наданих мною даних, надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я, а саме: на вчинення будь-яких дій, пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги.

.....
.....
(дата підписання дд.мм.рррр)

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)

.....
.....
(підпис лікаря)

..... (ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)