

Генеральному директору
ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Б.С. Давлетшину

от Иванова Иван
Ивановича
(ФИО)

Ответ прошу направить (указать адрес почтовый
или адрес электронной почты):

г. Казань, ул. Закирова
д. 1, кв. 1.

Паспорт заявителя:

0099 333444

(№ и серия)

выдан 21.09.2016 УВД

Вахитовского р-на

тел. 81917779911

№ полиса 160000119944

ЗАЯВЛЕНИЕ

Медицинская организация ТНУЗ "Городская"

(наименование, адрес)

по миклинка № 28", ул. Московская, д. 31
к работе которой имеются претензии по вопросу (нужное отметить):

- качество оказанной медицинской помощи
- выбор медицинской организации
- выбор врача
- организация работы медицинской организации
- санитарно-гигиеническое состояние медицинской организации
- этика и деонтология медицинских работников
- лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи
- отказ в оказании медицинской помощи по ОМС
- взимание денежных средств по программам ОМС
- прочие причины (указать)

Суть претензии, дата обращения в медицинскую организацию, диагноз, сроки госпитализации и иные сведения 27 июля 2016г. в

медицинской организации мне было
отказано в проведении УЗИ ОБП.
Длительное время мне мучает
боль в животе. Лечение, получаемое в
поликлинике не помогает. Дополнительных

обсуждениям назначено не было.

Прошу Вас провести экспертизу качества медицинской помощи, оказанной мне в ГАУЗ «Городская поликлиника № 28».

В случае взимания денежных средств приложить подтверждающие платежные документы (чек, договор об оказании платных услуг и т.д.).

Приложение:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Подпись _____



Иванов И.И.
(ФИО)

Дата « 14 » января 2024 года

Письменное согласие
На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну,
и иных персональных данных (специальные категории персональных данных)
застрахованного лица

Я, Иванов Иван Иванович паспорт серия 0099
№ 333 444, выдан 27.09.2016 согласен на предоставление
медицинской документации, содержащей сведения о состоянии моего здоровья,
предоставленной мне медицинской помощи и иные сведения, составляющие врачебную
тайну, а также иные мои персональные данные, известные ООО «СК «АК БАРС-Мед» в
силу страхования по обязательному медицинскому страхованию, сотрудникам и
внештатным медицинским экспертам ООО «СК «АК БАРС-Мед» с целью осуществления
всех необходимых действий, связанных с защитой моих прав в системе обязательного
медицинского страхования: проверки качества оказанной мне медицинской помощи,
направления разного рода запросов, обращений и заявлений в органы государственной и
муниципальной власти и организации различных форм собственности.

Согласие дается на срок с момента подписания настоящего «Согласия» до полного
исполнения обязательств ООО «СК «АК БАРС-Мед» в отношении меня. Порядок отзыва
согласия мне разъяснен.

« 17 » 09 2014 г.



подпись

Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных

я, Иванов Иван Иванович
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу: г. Казань, ул. Закирова, д. 1, кв. 1

паспорт серии 0099 № 333 444
выдан 21.09.2016 г. УВД Вахитовского района

дата выдачи « » г.

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **ООО «СК «АК БАРС-Мед»**, (далее – Оператор), на обработку* следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- адрес места жительства;
- адрес регистрации;
- адрес электронной почты;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- номер полиса обязательного медицинского страхования;
- номер телефона

с целью своевременного и в достаточном объеме в соответствии с положениями Федерального закона «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 02.05.2006 № 59-ФЗ рассмотрения обращения гражданина с жалобой на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, до достижения целей обработки персональных данных или в течение сроков хранения информации, установленных законодательством РФ. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

17 января 2024 (дата) ИИ (подпись) Иванов И.И. (расшифровка подписи)

*обработка персональных данных - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Согласие на передачу персональных данных застрахованного лица третьим лицам

я, Иванов Иван Иванович,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу: г. Козань, ул. Закирова, д. 1, кв. 1

паспорт серии 0099 № 333 444
выдан 21.09.2016 г. ЦВФ Вахитовского района

дата выдачи «___» _____ г.

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на передачу (предоставление, доступ) уполномоченными должностными лицами ООО «СК «АК БАРС-Мед», (далее – Оператор) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- адрес места жительства;
- адрес регистрации;
- адрес электронной почты;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- номер полиса обязательного медицинского страхования;
- номер телефона

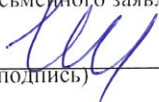
следующей медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь застрахованному лицу
ТФУЗ „Городские поликлиника“, ул. Московская д. 31
(наименование и адрес организации)

в целях своевременного и в достаточном объеме в соответствии с положениями Федерального закона «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 02.05.2006 № 59-ФЗ рассмотрения обращения гражданина с жалобой на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, до достижения целей обработки персональных данных или в течение сроков хранения информации, установленных законодательством РФ. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

17 января 2024
(дата)


(подпись)

Иванов И.И.
(расшифровка подписи)