

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/г			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/г			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)