Департамент здравоохранения
города Москвы
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ
Филиал № 1
НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР №1
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 73, стр. 2
телефон: (495) 951-83-87, факс (495) 959-15-06

От _____ № _____

На № _____ от _____

Кому _____

_____

Куда _____

_____

Эл.поч. _____

ЗАПРОС

Филиал № 1 (Наркологический диспансер № 1) в соответствии с п. 8 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» просит Вас сообщить, находится (находился) ли на диспансерном (профилактическом) наблюдении врача психиатра-нарколога, обращался ли за медицинской помощью в Ваше учреждение гражданин (ка)_____

Ф.И.О. гражданина

_____, _____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

_____.

Данная информация необходима _____

указать причину (для работы, для оружия и т.д.)

Ответ просьба в кратчайшие сроки направить по факсу: 8(495) 951-85-01, электронной почте **MNPC-nd1zapros@zdrav.mos.ru** или по адресу: 115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 73, стр. 2.

Приложение: заявление гражданина _____

(ФИО)

Заведующая филиалом _____ Л.И.Глазкова

М.П.

ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ

Я, _____

паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

_____

зарегистрирован по адресу: _____

_____

Тел:_____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных МНПЦ наркологии филиал № 1(Наркологический диспансер №1), полученных в письменном виде сведений состоит (не состоит) на учете, обращался ли за медицинской помощью к врачу психиатру-наркологу, о состоянии моего здоровья, диагнозе, медицинском вмешательстве и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи по НЕЗАЩИЩЕННЫМ ОТКРЫТЫМ КАНАЛАМ связи (эл. почте), а также подтверждаю свое согласие на смс информирование. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. Я подтверждаю, что даю согласие, действую по собственной воле и своих интересах.

Информация необходима для _____

Дата _____ Подпись _____