

ФОРМА

к Порядку и условиям оплаты проезда
пациентов, направляемых министерством
здравоохранения Сахалинской области на
лечение в медицинские организации
за пределы Сахалинской области

В министерство здравоохранения
Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

**на оплату проезда на лечение в медицинскую организацию
за пределы Сахалинской области по направлению
министерства здравоохранения Сахалинской области**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (полностью), дата рождения, адрес заявителя,

номер основного документа, удостоверяющего его личность,

сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

прошу выдать _____
(мне/ребенку/сопровождающему - указать)

сумму примерной стоимости проезда _____ рублей
на оплату проезда на лечение в медицинскую организацию за пределы
Сахалинской области по направлению министерства здравоохранения
Сахалинской области.

Путь следования: _____
(указать название пункта отправления и пункта прибытия, туда и обратно)

Цель поездки _____
(лечение по ВМП или СМП)

Форма расчетов (указать): наличными/путем безналичного перечисления
денежных средств на счет: _____

Подтверждаю, что с Порядком и условиями оплаты проезда пациентов,
направляемых министерством здравоохранения Сахалинской области на ле-
чение в медицинские организации за пределы Сахалинской области, утвер-

жденным постановлением Правительства Сахалинской области в составе Территориальной программы Сахалинской области государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период,

ОЗНАКОМЛЕН: _____

(фамилия, имя, отчество, дата, подпись)

ОБЯЗУЮСЬ:

- не допускать необоснованного превышения сроков возвращения обратно по окончании лечения;
- в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня возвращения произвести окончательный расчет - сдать в бухгалтерию оформленные в соответствии с законодательством Российской Федерации документы, подтверждающие расходы и факт проведенного лечения.

Контактная информация: телефон: _____ e-mail: _____

почтовый адрес _____

В целях получения денежных средств на оплату проезда на лечение в медицинскую организацию за пределы Сахалинской области по направлению министерства здравоохранения Сахалинской области ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», на предоставление своих персональных данных, необходимых для получения денежных средств на оплату проезда, и на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями, представленными в министерство. Настоящее согласие действует со дня его под-

писания до дня отзыва в письменной форме.

Приложения: (указать перечень прилагаемых документов (копий), подтверждающих достоверность отраженных в заявлении данных):

Заявитель:

(подпись, фамилия, имя, отчество (полностью) и дата подачи заявления)
