Приложение № 1

К Положению

Форма

Руководителю ГОАУЗ МОСП

(наименование уполномоченной медицинской организации)

От гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (населенный пункт, улица, дом, квартира, телефон)

Данные документа, удостоверяющего личность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( номер)

Контактные данные

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (телефон, электронная почта)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить в Реестр лиц, имеющих право на социальные услуги по зубопротезированию, в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 22.12.2011 № 679-ПП, как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать категорию[[1]](#footnote-2))

Документ, подтверждающий право на социальные услуги по зубопротезированию:

Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Информацию о включении в Реестр лиц, имеющих право на социальные услуги по зубопротезированию, прошу сообщить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать способ оповещения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по  телефону, СМС-сообщением, по электронной почте,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

письменно (в случае невозможности информировать иным способом))

Приглашение для получения социальной услуги по зубопротезированию прошу направить\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать способ оповещения по  телефону, СМС-сообщением, по электронной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

почте, письменно (в случае невозможности информировать иным способом))

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Сообщенные мною сведения подтверждаю представленными документами. Поставлен(-а) в известность о том, что представленная информация может быть проверена.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(на) на обработку, обмен и хранение персональных данных, содержащихся в базах уполномоченной медицинской организации, учреждения, уполномоченного на предоставление мер социальной поддержки населению, на обработку данных, содержащихся в базах организаций (индивидуальных предпринимателей), обладающих необходимыми сведениями для предоставления социальной услуги по зубопротезированию.

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласен(на) на предоставление медицинскими организациями учреждениям, уполномоченным на предоставление мер социальной поддержки населению, касающихся меня сведений, составляющих врачебную тайну, необходимых для принятия решения о предоставлении социальной услуги по зубопротезированию и предоставлении мер социальной поддержки в виде социальной услуги по изготовлению зубных ортопедических конструкций любой сложности в виде денежной выплаты.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Инвалиды Великой Отечественной войны, участники Великой Отечественной войны,несовершеннолетние узники концлагерей (гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны),лица, приравненные к инвалидам Великой Отечественной войны,Почетные доноры России (Почетные доноры СССР),труженики тыла,инвалиды (женщины с 55 лет, мужчины с 60 лет),граждане (женщины с 55 лет, мужчины с 60 лет), не получающему другие меры социальной поддержки в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Мурманской области, ветераны труда и лица, приравненные к ним по состоянию на 31 декабря 2004 года, реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий. [↑](#footnote-ref-2)