ФОРМА

 к Порядку и условиям оплаты проезда
граждан, направляемых 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**

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.

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 граждан, направляемых в медицинские организации за пределы Сахалинской области, утвержденным 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 подписания 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)

|  |
| --- |
|  |