

Заявление о предоставлении благотворительной помощи

«___» _____ 20__ г.

Я, (ФИО) _____,

прошу оказать благотворительную помощь в виде организации выезда врача –
офтальмолога/ отоларинголога / кардиолога / пульмонолога / реабилитолога / невролога,

(нужное подчеркнуть)

с последующей консультацией и проведением необходимых медицинских процедур

мне

иному лицу.

*Если просьба состоит в предоставлении благотворительной помощи иному лицу, указать, кому
должна быть предоставлена помощь и в каких отношениях заявитель состоит с лицом,
нуждающимся в помощи.*

Настоящим Заявлением подтверждаю, что я ознакомлен(на) с Положением о Благотворительной Программе «Доктор на дом», в том числе с Правилами предоставления благотворительной помощи.

К настоящему Заявлению прилагаю следующие документы в отношении Заявителя/
Представляемого (нужное подчеркнуть):

1. Копия паспорта гражданина Российской Федерации;
2. Копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
3. Заключение специалиста лечебного учреждения о нетранспортабельности;
4. Цветная фотография неформального образца.

Выезд прошу осуществить по адресу: _____

_____.

Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:

Домашний телефон: +7 () _____

Мобильный телефон: +7() _____

Адрес электронной почты: _____

(ФИО Заявителя полностью)

(Подпись)

**Доверенность на передачу персональных данных
и сведений, составляющих врачебную тайну Пациента**
(к Заявлению о предоставлении благотворительной помощи)

« ____ » _____ 20__ г.

Я, (ФИО) _____,

документ, удостоверяющий личность _____ № _____,
(вид документа)

выдан _____,
(кем и когда)

проживающий (ая) по адресу: _____

(далее – «Заявитель»),

даю согласие Благотворительному Фонду «Взрослые - мы» (117513, г. Москва, Ленинский пр-кт, д.123, к.1, кв.43, ОГРН 1147799015242, ИНН 7728402692) (далее – «Фонд»), а так же представителям Фонда:

- на передачу/получение сведений, составляющих врачебную тайну, а именно: информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иных сведений, предусмотренных ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",
- на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) и иные действия, предусмотренные п. 3 ст. 3 Федерального Закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - «Согласие»),

на следующих условиях:

I. Фонд осуществляет обработку персональных данных исключительно в целях, необходимых для осуществления деятельности Благотворительного Фонда «Взрослые - мы», в частности, для целей информирования общественности и иных третьих лиц о ходе реализации Программы «Доктор на дом» и привлечения пожертвований.

II. Настоящее Согласие действует с момента подписания и согласия на участие в Программе «Доктор на дом», а также в течение трех лет с момента прекращения участия, но не менее предусмотренных законодательством сроков хранения отчетности.

III. Настоящее Согласие распространяется на следующие персональные данные Заявителя:

1. Фамилия, имя, отчество;
2. Дата рождения;
3. Данные документа, удостоверяющего личность, включая номер и серию документа, дату выдачи и сведения о выдавший орган;
4. Изображения, в том числе фотографии;
5. Почтовые адреса (по месту регистрации и фактического проживания);
6. Сведения о семейном, социальном, имущественном положении.
7. Сведения о гражданстве;
8. Номера телефонов;
9. Адреса электронной почты (e-mail);
10. Сведения о состоянии здоровья, диагнозе, истории заболевания;
11. Результаты полученной консультации врача.

Приложение № 1 к Положению о Благотворительной программе «Доктор на дом»
утверждено решением Совета Фонда от 14.01.2019 г.

IV. Настоящим подтверждаю свое согласие на публикацию в общедоступных источниках следующих персональных данных Заявителя:

1. Фамилия, имя, отчество,
2. Год рождения;
3. Изображения, в том числе фотографии;
4. Данные, подтверждающие состояние здоровья, диагноз;
5. Результаты полученной консультации врача.

Настоящее Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления Фонду с требованием о прекращении обработки персональных данных. Обработка персональных данных прекращается с момента получения Фондом указанного уведомления.

Дата

Подпись

_____ / _____