# ЗАЯВКА НА ВЫПИСКУ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ПО МЕСТУ ТРЕБОВАНИЯ

Наше учреждение здравоохранения предоставляет выписку из медицинских документов по месту требования по заявлению гражданина, направленного на наш сайт.

В течение 5-ти дней со дня обращения гражданина, согласно Перечню административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан, утвержденному Указом Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 г. № 200, на основании паспорта или иного документа, удостоверяющего личность гражданина, выдается выписка из медицинских документов.

После получения по электронной почте (на электронный почтовый ящик заявителя) уведомления о готовности запрашиваемого документа заявитель может обратиться в у указанное в уведомление место, где ему будет выдана выписка по предъявлению документа, удостоверяющего личность.

Согласно Указу Президента Республики Беларусь от 3 июня 2008 г. № 294 «О документировании населения Республики Беларусь» документами, удостоверяющими личность, являются:

* паспорт гражданина Республики Беларусь;
* вид на жительство в Республике Беларусь;
* удостоверение беженца.

Образец заявления на выдачу выписки из амбулаторной карты. Заявление отправлять на электронную почту

поликлиники (petrtmo@petrikovcrb.by).

Учреждение здравоохранения

«Петриковская центральная районная больница»

**Образец заявления**

                                                                                     Главному врачу

                                                                                    Учреждения здравоохранения

                                     «Петриковская ЦРБ»

                                                                                     Е.А.Логвинцу

                                                                                     От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

                                                                                    Год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                    Проживающего по адресу:

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

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

                                                                                    тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                    паспорт серия \_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                    кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

                                                                  Заявление:

Прошу осуществить административную процедуру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- предоставить выписку из медицинских документов по месту требования (указать, за какой период, и обязательно место требования):

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

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

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

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

**в целях** предоставление выписки из медицинских документов по месту требования даю согласие на обработку (любое действие или совокупность действий, совершаемые с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, предоставление, удаления персональных данных) учреждению здравоохранению «Петриковская центральная районная больница» следующих моих персональных данных:

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), в том числе предыдущие;

дата рождения, пол, возраст;

данные (копии) о регистрации по месту жительства и (или) месту пребывания;

данные документа, удостоверяющего личность и/или идентификационной карты;

биометрические данные (фотографии);

контактные телефоны (рабочий, домашний, мобильный);

Согласие предоставляется в виде электронного документа через электронную почту или в иной электронной форме на срок до отказа в даче такого согласия.

С правами субъекта персональных данных в соответствии с Законом Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-3 «О защите персональных данных» ознакомлен(а).

Мне разъяснены права, связанные с обработкой моих персональных данных, механизм реализации таких прав, а также последствия дачи мною согласия или отказа в даче такого согласия.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.                                                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                                                     /подпись/

\*При подаче заявления и получении ответа заявитель обязан предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

\*Максимальный срок ответа со дня подачи заявления – в течение 5 дней, согласно Перечню административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлению граждан, утвержденному Указом Президента Республики Беларусь от 26.04.2010г № 200.