

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
бюджетное учреждение здравоохранения
Вологодской области
«ВОЛОГОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР №1»
Ком. Белова ул., 44, г. Череповец, 162624
тел/факс 8(8202)49-02-85, 26-27-62
e-mail: 490285@vopnd1.ru
ОГРН 1023501237231
ИНН/КПП 3528055010/352801001

Исх. № _____ от _____

(наименование учреждения)

E-mail: _____

ЗАПРОС

Просим Вас, руководствуясь ст. 13, 22 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации и согласно ст.9 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сообщить: состоит (состоял(ла)) под диспансерным наблюдением или обращался(лась) за консультативно-лечебной помощью к врачу-психиатру:

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ Зарегистрирован(а) по адресу _____

Данная информация необходима для освидетельствования врачом-психиатром и выдачи заключения (нужное подчеркнуть):

- на право управления автотранспортным средством;
- для получения лицензии на право приобретения и ношения оружия;
- для устройства на работу и/или для прохождения периодических медицинских осмотров;
- для исполнения обязанностей частного охранника.

Убедительная просьба ответ направить посредством факсимильной связи: т/ф 8(8202) 26-27-62 или на адрес электронной почты 490285@vopnd1.ru

Приложение: заявление гражданина, копия паспорта (Ф.И.О.) _____

Начальник отдела платных услуг

В. В. Мозжеветина

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

Дата выдачи _____ код подразделения _____

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Контактный телефон: _____

На основании ст.7, ст.9 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», согласен (согласна) на **передачу** моих персональных данных (в том числе по незащищенным открытым каналам связи (электронной почте)), **получение** в письменном виде, а также по незащищенным открытым каналам связи (электронной почте)), сведений о том, обращался (обращалась) ли я за консультативно-лечебной помощью к врачу-психиатру, состою (состоял(а)) под диспансерным наблюдением у врача-психиатра, диагнозе и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи по месту постоянной регистрации.

« _____ » _____ 20 _____ г.

подпись: _____ / _____ /