****

**Національна служба здоров'я України**

**Заявника:**

*ПІБ
контактний номер телефону*

**Запит**

**на одержання відомостей про себе (особу, законним представником якої є)**

Відповідно до пунктів 3 та 4 частини другої статті 8, частини 6 статті 16 Закону України «Про захист персональних даних», підпункту 11 пункту 4 Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101, прошу надати мені інформацію про мене / особу законним представником якої я є (необхідне підкреслити), яка міститься в реєстрі/ах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я (обрати необхідне):

* Реєстр пацієнтів (персональні дані, що містяться у Реєстрі пацієнтів)
* Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (інформація про декларації)
* Реєстр медичних записів, записів про направлення та рецептів (інформація про медичні записи, направлення, рецепти)
* Реєстр медичних висновків (інформація по медичні висновки)

за період з \_\_ по\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) пацієнта повністю  |  |
| Дата народження пацієнта (число, місяць, рік) |  |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП)(за наявності) |  |
| Тип, серія, номер та дата видачі документа, який посвідчує особу пацієнта |  |
| Місце проживання (місце перебування) |  |
|  |  |

За результатами опрацювання Запиту, з метою належного захисту конфіденційної інформації, відповідь прошу передати шляхом (обрати необхідне):

* направлення рекомендованого поштового відправлення з позначкою «вручити особисто» на адресу: (зазначити адресу)
* вручення особисто в руки (за умови встановлення особи) *(для встановлення особи можуть пред’являтися такі документи: паспорт або документи, що його замінюють, чи інші документи, які посвідчують особу: службове посвідчення, посвідчення водія чи інший виданий державним органом документ, який має такі обов’язкові реквізити, як прізвище, ім’я, по батькові, фотокартку, підпис відповідальної посадової особи, відбиток печатки або штампу установи, яка видала документ, дату видачі)*
* передачі уповноваженій пацієнтом особі *(за умови пред’явлення підтверджуючих повноваження документів)*

Додатки до Запиту (у разі, якщо запит подається законним представником пацієнта чи уповноваженою особою):

* копії документів, що посвідчують особу та повноваження законного представника пацієнта або уповноваженої особи

*[Дата] [Підпис] [ПІБ заявника або законного представника/
 уповноваженої особи]*