

Председателю
Межрегиональной пациентской общественной
организации по первичному иммунодефициту
Ю.П. Захаровой

от ФИО _____

адрес _____

тел. _____

эл. почта _____

Паспорт серии _____ номер _____

кем и когда выдан _____

Уважаемая Юлия Павловна!

Я/мой ребенок, _____ (ФИО, дата рождения), являюсь инвалидом (если инвалидность установлена - подчеркнуть) по заболеванию первичный иммунодефицит.

В соответствии с заключением _____

(название медицинской организации, дата выписки из истории болезни, номер) по медицинским и жизненным показаниям нуждаюсь в ежемесячной заместительной терапии Иммуноглобулином человека нормальный в дозе _____ грамма на 1 кг массы тела один раз в _____ недели.

Опишите проблему:

Нерегулярное введение иммуноглобулина отразилось на моем здоровье:

Прошу Вас принять необходимые меры по защите моих/моего ребенка нарушенных прав на жизненно необходимую медицинскую помощь – льготное лекарственное обеспечение.

Выражаю свое согласие на защиту представителем Межрегиональной пациентской общественной организации по первичному иммунодефициту моих/моего ребенка интересов и прав в органах государственной власти.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» разрешаю Межрегиональной пациентской общественной организации по первичному иммунодефициту (ОГРН 1197800004181) осуществлять действия в отношении моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, информация о состоянии здоровья, аккаунты в социальных сетях), а также в отношении моих биометрических персональных данных (вес, фотография), которые необходимы для деятельности Оператора, включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование.

Срок, в течение которого действует согласие, составляет 10 лет.

Я уведомлен(а) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время. Отзыв производится по моему письменному заявлению. Я уведомлен, что в случаях, предусмотренных действующим законодательством, отзыв влечет обязанность возместить возникшие у другой стороны убытки.

Я подтверждаю, что давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

С уважением,

Подпись _____

Дата _____