

## ФОРМА

к Порядку и условиям оплаты проезда  
граждан, направляемых в медицинские  
организации за пределы Сахалинской области

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ

**на оплату проезда на лечение в медицинскую организацию  
за пределы Сахалинской области**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью), дата рождения, адрес заявителя,

\_\_\_\_\_  
номер основного документа, удостоверяющего его личность,

\_\_\_\_\_  
сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

прошу выдать \_\_\_\_\_  
(мне/ребенку/сопровождающему - указать)

сумму примерной стоимости проезда \_\_\_\_\_ рублей  
на оплату проезда на лечение в медицинскую организацию за пределы  
Сахалинской области.

Путь следования: \_\_\_\_\_  
(указать название пункта отправления и пункта прибытия, туда и обратно)

Цель поездки \_\_\_\_\_  
(лечение по ВМП или СМП)

Форма расчетов (указать): наличными/путем безналичного перечисления  
денежных средств на счет: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подтверждаю, что с Порядком и условиями оплаты проезда граждан, направ-  
ляемых в медицинские организации за пределы Сахалинской области  
(приложение № 6 к Территориальной программе Сахалинской области  
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской  
помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов),

ОЗНАКОМЛЕН: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, дата, подпись)

ОБЯЗУЮСЬ:

- не допускать необоснованного превышения сроков возвращения обратно по окончании лечения;
- в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня возвращения произвести окончательный расчет - сдать в бухгалтерию оформленные в соответствии с законодательством Российской Федерации документы, подтверждающие расходы и факт проведенного лечения.

Контактная информация: телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
почтовый адрес \_\_\_\_\_.

В целях получения денежных средств на оплату проезда на лечение в медицинскую организацию за пределы Сахалинской области по направлению министерства здравоохранения Сахалинской области ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», на предоставление своих персональных данных, необходимых для получения денежных средств на оплату проезда, и на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями, представленными в министерство. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Приложения: (указать перечень прилагаемых документов (копий), подтверждающих достоверность отраженных в заявлении данных):

---

---

Заявитель:

---

(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления)

---