



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)

ПРИКАЗ

01 февраля 2024 г.

№ 18н

Волгоград

О внесении изменения в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 9 января 2024 г. № 1н "Об организации предоставления лицам, удостоенным почетного звания "Почетный гражданин Волгоградской области", мер социальной поддержки в виде бесплатного зубопротезирования и бесплатного предоставления путевки на санаторно-курортное лечение"

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 9 января 2024 г. № 1н "Об организации предоставления лицам, удостоенным почетного звания "Почетный гражданин Волгоградской области", мер социальной поддержки в виде бесплатного зубопротезирования и бесплатного предоставления путевки на санаторно-курортное лечение" (далее – приказ № 1н) следующее изменение:

1.1. Приложение 4 к приказу № 1н изложить в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Алимова Н.Н.

Временно осуществляющий полномочия
председателя комитета здравоохранения
Волгоградской области



И.А.Карасева

ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области

от 01 февраля 2024 г. № 18н

"ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области

от 9 января 2024 г. № 1н

Форма заявления

на бесплатное зубопротезирование почетного гражданина Волгоградской области, на бесплатное предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение в санаторно-курортные организации

В комитет здравоохранения
Волгоградской области

от гр. _____
(фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан: дата _____
кем _____

Проживающего (-ей) по адресу:

Контактный телефон:

Заявление

о предоставлении меры (мер) социальной поддержки почетному гражданину
Волгоградской области

Копии документов прилагаю:

- 1) _____
- 2) ... _____

Разрешение на обработку персональных данных:

Я даю согласие на обработку всех своих персональных данных, предоставленных мной комитету здравоохранения Волгоградской области, расположенному по адресу: 400119, г. Волгоград, ул. Туркменская, д. 6, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам, срок действия согласия в течение 5 лет.

Я даю согласие на предоставление информации о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, комитету здравоохранения Волгоградской области, расположенному по адресу: 400119, г. Волгоград, ул. Туркменская, д. 6, выбранным мною лицам в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Дата _____ Подпись заявителя _____

" .