

Зайцевой Э.Г.

от гр. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____,

(число, месяц, год)

пол _____,

мужской / женский.

(нужное подчеркнуть)

законным представителем которого я являюсь: _____

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) опекунство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к

ГБУЗ "ДГП N 131 ДЗМ".

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____

выдан страховой медицинской организацией _____

Домашний адрес: _____

по постоянной регистрации

по временной регистрации,

по месту фактического проживания без регистрации

(нужное подчеркнуть)

Место регистрации: _____

дата регистрации: _____

Прикреплен к медицинской организации: _____

(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность _____

регистрирующегося гражданина: серия _____

№ _____

выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

Личная подпись _____

(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: _____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" _____ 20 _____ года.

Участок № _____

Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись)

" " _____ 20 _____ года

(Ф.И.О. главного врача)

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

" " _____ 20 _____ года

Получил копию заявления _____

(подпись)

(Ф.И.О.)