

ОБРАЗЕЦ

Зайцевой Э.Г.

от гр. Иванов Иван Иванович

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**Я, Иванов Иван Иванович
(фамилия, имя, отчество)прошу прикрепить гражданина Иванову Светлану Ивановну
(фамилия, имя, отчество)дата рождения: 01.01.2001, пол мужской / женский,
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)законным представителем которого я являюсь: основание - несовершеннолетний ребенокПаспорт РФ 45 15 123456 выдан 14.06.2005

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) опекительство 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) № 7712345678912345выдан страховой медицинской организацией
ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО "МЕДИЦИНСКАЯ АКЦИОНЕРНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ"Домашний адрес: г. Москва, Столетова 9, кв. 75
по постоянной регистрации. по временной регистрации. по месту фактического проживания без регистрации
(нужное подчеркнуть)Место регистрации: г. Москва, Столетова 9, кв. 75 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 Свидетельство о рождении
регистрарующегося гражданина: серия III-МЮ № 123456
выдан 12 мая 2007 г.
(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.7 июня 2017 г. Личная подпись _____ (Климашин Александр Владимирович)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: _____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА: _____

Прикрепить с "01" _____ 20 _____ года. Участок № _____
Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

" " _____ 20 _____ года _____
(подпись) (Ф.И.О. главного врача)

М.П. _____

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

" " _____ 20 _____ года _____
(подпись) (Ф.И.О.)