

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской / женский
(нужное подчеркнуть), представителем которого я являюсь: _____
(указать основание:

а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи

_____ документа, подтверждающего право представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
(полное наименование

_____ медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)
N _____, выдан(о) страховой медицинской
организацией _____
" ____ " _____ года.

Место регистрации: _____, дата регистрации: _____.

Место жительства (пребывания): _____.
(адрес для оказания медицинской помощи на

_____ дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса,
отличного от адреса места 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 прикрепляющегося гражданина: серия _____

№ _____, выдан " ____ " _____ 20 ____ года

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

Дата и время регистрации заявления: " ____ " _____ 20 ____ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

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

Отказать в прикреплении в связи с _____ (подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя МО)

" ____ " _____ 20 ____ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки " ____ " _____ 20 ____ года.

Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)