

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской /  
женский (нужное подчеркнуть), прошу прикрепить меня 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 (другой документ, удостоверяющий личность): серия \_\_\_\_\_ N  
\_\_\_\_\_, 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 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 N \_\_\_\_

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.)