

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.)