

_____ 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)

№ _____, выдан 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 _____
(полное наименование медицинской организации)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ № _____, выдан « ____ »

_____ 20 ____ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной
медикосанитарной 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.)