

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 Государственному бюджетному
учреждению здравоохранения «Городская поликлиника № 212 Департамента здравоохранения г.Москвы
Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)
№ _____, выдан страховой медицинской организацией

Место регистрации: _____,

дата регистрации: « _____ » _____ 20 ____ года

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 _____ № _____, 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.)