

от гр. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**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 Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская поликлиника № 212 Департамента здравоохранения г.Москвы  
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 \_\_\_\_\_  
(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.)