

Руководителю медицинской организации

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

**Заявление № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

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

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужно 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 \_\_\_\_\_  
(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 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)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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)