

Руководителю медицинской организации  
от гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, место рождения \_\_\_\_\_,  
гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской / женский,  
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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_  
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/не прикреплен к медицинской организации (нужное подчеркнуть)  
к медицинской организации \_\_\_\_\_.

Документ удостоверяющий личность: наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_  
номер \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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 N \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_.

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя МО) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)