

Главному врачу
МБУЗ «Детская городская поликлиника №17
г. Ростова-на-Дону»
344092, г. Ростов-на-Дону, пр. Космонавтов, 5б
С.П. Мясникову

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить моего ребёнка к МБУЗ «Детская городская поликлиника №17 города Ростова-на-Дону», (далее – Поликлиника) проживающего за пределами территории обслуживания Поликлиники, для оказания ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

О ребёнке сообщаю:

ФИО:

Дата рождения: Пол:

Место рождения:

Гражданство: СНИЛС:

Фактическое место жительства:

Место и дата регистрации:

Свидетельство о рождении ребёнка или Паспорт гражданина РФ:

вид документа, серия, номер

кем выдан, дата выдачи

Полис ОМС:

номер, название страховой компании, дата выдачи (прикрепление к последней страховой компании)

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления:

Информация о законном представителе несовершеннолетнего, контактный телефон:

ФИО (полностью), принадлежность к ребёнку, мобильный телефон

документ, удостоверяющий личность (вид, серия, номер документа, кем выдан, дата выдачи)

1. Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что все сведения, предоставленные мною в настоящем заявлении достоверны. Я предупрежден(а) об ответственности в соответствии с законодательством РФ за предоставление неверных сведений.
2. Подписывая данное заявление, я ознакомлен(а) с положениями статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», приказом Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012 №366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» и приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
3. Подписывая данное заявление я понимаю, что посещение врачом моего ребёнка на дому может быть не возможным в виду того, что место пребывания ребёнка (адрес фактического места жительства) находится за пределами территории обслуживания Поликлиники и в связи с чем к Поликлинике претензий не имею.
4. Подписывая данное заявление, я даю своё согласие Поликлинике на информирование о записи на приём к специалисту, сроках прохождении медицинских осмотров (в т.ч. диспансеризации), профилактических прививках и другом по средствам sms-сообщений на указанный номер телефона.
5. Выбирая Поликлинику для получения медицинской помощи моим ребёнком я понимаю, что медицинский документ «История развития ребёнка» (форма 112-у) является документом Поликлиники и подлежит хранению в Поликлинике. В случае смены медицинской организации, а также по иному моему письменному заявлению «История развития ребёнка» (форма 112/у) будет предоставлена мне для ознакомления, либо выдана её копия или выписной эпикриз.
6. Подписывая данное заявление, я даю своё согласие Поликлинике на обработку указанных персональных данных согласно Федеральному закону от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

« »

20 г.

дата

подпись

ФИО

Заявление принял и зарегистрировал: _____ / _____ /