Приложение 2
к Порядку прикрепления застрахованных лиц к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь

Главному врачу

_____

_____

от гр. _____

_____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я,_____,
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____

_____
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения_____, пол_____мужской/женский _____,
число, месяц, год — нужное подчеркнуть

законным представителем которого я являюсь: _____

_____
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д.;
а также вид, номер, дату выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к_____

_____
(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): №_____выдан страховой медицинской организацией _____

«____»_____20____года.

Домашний адрес _____
по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации
(нужное подчеркнуть)

Место регистрации_____дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность _____ регистрирующегося гражданина: серия_____№ _____

выдан «_____»_____года_____
(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование его персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

«_____»_____20_____года Личная подпись_____(_____)
(Ф.И.О)

Дата и время регистрации заявления: «____»_____20____года _____:_____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с «01»_____20____года Участок №_____Врач- _____

Отказать в прикреплении в связи _____

_____

_____
(подпись) (Ф.И.О. главного врача)

«_____»_____20____года

МП

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки «_____»_____20_____г. Получил копию заявления _____
(подпись) (Ф.И.О)