

Главному врачу \_\_\_\_\_

От гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, пол мужской/женский  
число, месяц, год нужное подчеркнуть

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полное название медицинской организации)  
Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № \_\_\_\_\_ выдан  
страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
(наименование)

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

Паспорт, (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_ 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 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года. Участок \_\_\_\_\_ Врач - \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. главного врача) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)