

Главному врачу ГБУЗ "ДСП №10 ДЗМ"  
Рыбаковой М.Г.  
От гр. Иванова  
Ивана Ивановича  
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации

Я, Иванов Иван Иванович,  
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина Иванова Владимира Ивановича  
(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения 31.12.2012 г., пол мужской/женский  
число, месяц, год                      нужное подчеркнуть

законным представителем которого я являюсь: несовершеннолетний ребенок (указать

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

для оказания первичной медико-санитарной помощи к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы "Детская стоматологическая поликлиника № 10 здравоохранения города Москвы"

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): N 7700 000000000000 выдан страховой медицинской организацией ООО "СК Страховая компания" " 31 " 12 2015 года.

Домашний адрес 111111 г. Москва, ул. Московская, д. 1, кв. 1  
по постоянной регистрации, по временной регистрации,

по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Место регистрации: г. Москва, ул. Московская, д. 1, кв. 1 дата регистрации 15.01.2013 г.

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 свид. о рождении регистрирующегося гражданина: серия И-М N 00000,

выдан " 05 " 01 2012 года Московским отд. ЗАГС  
(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

" 21 " мая 2018 года Личная подпись ИИванов ( Иванов Иван Иванович )  
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ :

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года. Врач - \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года  
(подпись) (ФИО главного врача)

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)