

Главному врачу \_\_\_\_\_

От гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество 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 и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)  
для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): N \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
регистрирующегося гражданина: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_,  
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

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

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

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:**

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

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

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись)                      (ФИО главного врача)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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