|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу |
|  | Волосова С. В. |
|  | от гр. |   |
|  |  |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ****о выборе медицинской организации** |
|  |
| Я,  |   |
|  | (фамилия, имя, отчество) |
| прошу прикрепить гражданина |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |
| дата рождения: |  |  | , пол | мужской  | / | женский, |  |
|  | (число, месяц, год) | (нужное подчеркнуть) |  |
| законным представителем которого я являюсь:  |  |  |
|   | выдан  |  |  |
| (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  |
| ГБУЗ "ДСП N 41 ДЗМ". |
| (полное название медицинской организации) |
| Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № |  |
| выдан страховой медицинской организацией |
|  |  |
|  |
| 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, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность  |  |
| регистрирующегося гражданина: серия |  | № |  |  |
| выдан |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи) |
|  |
| Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощигражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участвовому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен. |
|  |
|  |  | Личная подпись |  |  |  |  |
|  |  |  |  | (Ф.И.О.) |
| Дата и время регистрации заявления: |  |  |  |
|  |  |  |
| РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА: |  |
| Прикрепить с " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ года. | Участок № |  |
| Врач |  |
|  |  |
| Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  | Волосова С. В. |  |
| (подпись) |  |  |
| " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ годаМ.П. |  |  |
|  | (Ф.И.О. главного врача) |  |
|  |
|  |
| По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки. |
| " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ года |  | Получил копию заявления |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |
|  |  |
|  |  |
|  |