|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 помощи  гражданином, 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 \_\_\_\_\_\_ года  М.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.) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |