

отгр. \_\_\_\_\_

## 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 №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)

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 участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

Дата: \_\_\_\_\_ 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)

(Ф.И.О. главного врача)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

М.П.

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)