

Главному врачу ГБУЗ г. Москвы «ГП № 67 ДЗМ»
Короткому В.Н.

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление № _____ о выборе медицинской организации

Я, Ф.И.О (полностью) _____

Дата рождения: ____ . ____ . 19 ____ год. Гражданство _____

Место рождения: _____

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть)

**Прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
ГБУЗ г. Москвы «Городской поликлинике № 67 ДЗМ»**

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

серия _____ № _____

Выдан страховой медицинской организацией: _____

« ____ » ____ года.

Место регистрации (по паспорту): _____

Дата регистрации (по паспорту): _____

Место жительства (пребывания): _____

(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае отличного от адреса
места регистрации)

Прикреплен(а) к медицинской организации:

(наименование ЛПУ)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность):

серия _____ № _____ дата выдачи: _____

(наименование органа, выдавшего документ) _____

Контактная информация (тел.): _____

СНИЛС*: _____ E-mail*: _____

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 2020 года _____ (подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « ____ » _____ 2020 года ____ :

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 2020 года Участок № _____ Врач - _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

« ____ » _____ 2020 года _____ **Главный врач - Короткий В.Н.**
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

Получил(а) копию заявления: « ____ » _____ 2020 год. _____ (подпись) (Ф.И.О.)

Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения: « _____ » _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

Перегудова Д.А.

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 2020 года
(дата оформления)