

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»

Кабуловой Анжеле Анатольевне

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**

**о выборе медицинской организации**

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

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, ПОЛ \_\_\_\_\_,  
(мужской / женский)

представителем которого я являюсь на основании \_\_\_\_\_,  
(указать основание: мой несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство, др.)

а так же вид, номер дату и место выдачи документа, подтверждающего право представления)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к **Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы».**

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ удостоверяющий личность прикрепляющегося:

серия № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г. Кем выдан: \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

(наименование органа, выдавшего документ)

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.,  
(число, месяц, год)

Фактически проживает: \_\_\_\_\_,  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника,

указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации, в случае совпадения с адресом регистрации указать "тот же")

Полис обязательного медицинского страхования: № \_\_\_\_\_,  
(номер полиса или временного свидетельства)

выдан страховой медицинской организацией: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.,  
(наименование страховой медицинской организации) (число, месяц, год)

На момент подачи заявления прикреплен к: \_\_\_\_\_,  
(название медицинской организации)

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

Контактная информация \_\_\_\_\_,  
(телефон для SMS оповещения и e-mail)

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

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(число, месяц, год) (подпись заявителя) (фамилия И.О. заявителя)

Заявление принял, личность заявителя и актуальность данных удостоверяю \_\_\_\_\_,  
(подпись, фамилия И.О. сотрудника)

Дата и время регистрации заявления: \_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_ .  
(число, месяц, год) (время)

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с \_\_\_\_\_ г. Участок № \_\_\_\_\_. Врач \_\_\_\_\_.  
(число, месяц, год)

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_,  
(в случае отсутствия необходимости заполнения поставить прочерк)

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / Кабулова А.А. /  
(число, месяц, год) (подпись руководителя медицинской организации)

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки \_\_\_\_\_ г.,  
(число, месяц, год)

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (фамилия И.О.)

**ВНИМАНИЕ**

Все поля заявления должны быть заполнены, исправления (зачеркивание, усиленная корректировка, использование штриха) не допускается. В обратном случае заявление считается недействительным.