

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»

Кабуловой Анжеле Анатольевне

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**

**о выборе медицинской организации**

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

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

гражданство \_\_\_\_\_ , пол \_\_\_\_\_ .  
(мужской / женский)

прошу прикрепить меня 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: \_\_\_\_\_ ,

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

(наименование органа, выдавшего документ)

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

Фактически проживаю: \_\_\_\_\_ ,  
(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 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.