

Приложение 1
к Порядку прикрепления
застрахованных лиц к
государственным учреждениям
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, пол _____ мужской/женский _____,
число, месяц, год _____, _____
нужное
подчеркнуть
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

_____ (полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____, выдан
страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

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 (другой документ, удостоверяющий личность _____):
серия _____ N _____, выдан "___" _____ года _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

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

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по
участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

"___" _____ 20__ года Личная подпись _____ (_____) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20__ года _____:

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" _____ 20__ года Участок N _____ Врач - _____
Отказать в прикреплении в связи _____

_____ (подпись) (ФИО главного врача)

"___" _____ 20__ года

М.П.

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

"___" _____ 20__ г. Получил копию заявления _____ (подпись) (ФИО)