

Приложение 2
к Регламенту прикрепления и учета граждан
застрахованных по ОМС, к медицинским
организациям государственной системы
здравоохранения города Москвы, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь
и включенным в реестр медицинских организаций,
осуществляющих деятельность в сфере ОМС
города Москвы, с использованием ЕМИАС,
утвержденному приказом Департамента
здравоохранения города Москвы и Московского
городского фонда обязательного медицинского
страхования

от _____ № _____

Руководителю медицинской организации
Н.Н. Бучневой

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____ о выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения « _____ » _____ 20 _____ г, место рождения _____
гражданство _____, пол _____ мужской/женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: _____

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д.)

Паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____
(а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

Для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____ **ГБУЗ «ДП № 129 ДЗМ»**
(полное наименование организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____

Выдан страховой медицинской организацией _____ « _____ » _____ года

Место регистрации: _____ дата регистрации: _____

Место жительства (пребывания): _____
по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации
(нужное подчеркнуть)

Прикреплен к медицинской организации: _____
(наименование, адрес учреждения)

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)

Контактная информация

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. С перечнем врачей-педиатров ознакомлен.

« _____ » _____ 20 _____ г Личная подпись _____
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 20 _____ года _____ :

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с « _____ » _____ 20 _____ г. Участок № _____ Врач - _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись)

Н.Н.Бучнева

(Ф.И.О. главного врача)

М.П. _____ « _____ » _____ 20 _____ года

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

« _____ » _____ 20 _____ года _____
(подпись) (Ф.И.О.)