

Главному врачу
ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ»
Короткому В.Н.

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)