

Главному врачу

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,
число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),

гражданство _____,

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____,

_____ (полное название медицинской организации)

_____ (адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____

выдан страховой медицинской организацией _____

"__" ____ года.

Домашний адрес: _____

_____ по месту жительства, по месту пребывания, по месту

фактического проживания без регистрации

(нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: _____,

дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____

(наименование)

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

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

серия _____ N _____, выдан "__" ____ года _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

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

"__" ____ 20__ года Подпись _____ (_____) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "__" ____ 20__ года ____ : ____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" ____ 20__ года гражданина _____ (фамилия, имя, отчество)

Участок N _____ Врач: _____

(фамилия, имя, отчество)

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__ года получил копию заявления _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Ознакомлен с перечнем согласно [п. 8](#) Порядка _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Главному врачу

(Ф.И.О.)

от

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

(вид документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем и когда выдан)
прошу прикрепить гражданина _____

(Ф.И.О. полностью)

дата рождения _____, место рождения _____,
число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),
гражданство _____,
представителем/законным представителем (нужное подчеркнуть) которого я
являюсь: _____

указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;
в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи
документа, подтверждающего право представителя/законного представителя
(нужное подчеркнуть)

выбора медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной
помощи к _____
(полное название медицинской организации)

(адрес местонахождения)

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

Домашний адрес _____
по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания
без регистрации (нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: _____.

Дата регистрации _____ 20__.

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

Вид документа, удостоверяющего личность регистрирующегося гражданина
_____: серия _____ N _____,
выдан " __ " _____ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи гражданином, представителем, законным
представителем (нужное подчеркнуть) которого я являюсь.

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

"__" _____ 20__ года Подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

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

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" _____ 20__ года гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

Участок N _____ Врач: _____
(фамилия, имя, отчество)

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__ года получил копию заявления _____/_____
(подпись) (ФИО)

Ознакомлен с перечнем согласно [п. 8](#) Порядка _____/_____
(подпись) (ФИО)