

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)