

Руководителю медицинской организации
ГБУЗ "ДЦ №3 ДЗМ"
Дягилеву И.В.

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: «_____» _____ Г., место рождения _____
(число, месяц, год)

гражданство _____ пол мужской / женский (нужное подчеркнуть)

Прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ "ДЦ №3 ДЗМ".

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____

выдан страховой медицинской организацией _____

«_____» _____ Г.

Место регистрации: _____ дата регистрации: _____

Место жительства (пребывания): _____
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации: _____
(наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): _____ серия _____ № _____

выдан «_____» _____ Г. _____
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____

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.

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

Дата и время регистрации заявления: _____

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с «_____» _____ 20____ года. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

Главный врач ГБУЗ "ДЦ №3 ДЗМ" _____ / Дягилев И.В. /
(подпись) (Ф.И.О.руководителя МО)

«_____» _____ 20____ года.
М.П.

По требованию заявителя **копия заявления** с решением руководителя медицинской организации выдана на руки.

«_____» _____ 20____ года
Получил копию заявления _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при
выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения «_____» _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

(подпись) _____
(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____
(Ф. И. О. медицинского работника)

«_____» _____ 20____ г.
(дата оформления)