

Главному врачу ГБУЗ "ГП 69ДЗМ"

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 "\_\_\_" \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения  
первой 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)